Die soziologische Dimension in der klinischen Psychiatrie.
Kritik der psychiatrischen Ideologie anhand von Befunddaten.

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

zur

Erlangung des Doktorgrades

des Fachbereichs Philosophie und Sozialwissenschaften
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Eckart Leiser
aus Kassel

Tag der mündlichen Prüfung: 30.10.1973

Lebenslauf

22.4.1943 — geboren in Kassel, Hessen, als Sohn des Erwin Leiser, Oberstudienrat, und dessen Ehefrau Elfriede, geb. Sieck, Hausfrau.

1949-1953 — Besuch der Bürgerschule-Fasanenhof in Kassel, Grundschule.

1953-1962 — Besuch der Goetheschule in Kassel, Gymnasium für Jungen, bis zum Abitur im Frühjahr 1962.

1962-1967 — Studium der Psychologie und Mathematik an der Philipps-Universität in Marburg, dort im Herbst 1967 Ablegung der Diplomhauptprüfung in Psychologie.

1967-1968 — Tätigkeit bei der Firma IBM, Deutschland, im Bereich wissenschaftliche Programmierung im Rechenzentrum Frankfurt, dort Betreuung des Spezialgebietes mathematische und angewandte Statistik.

ab 1969 — Tätigkeit als Wissenschaftlicher Assistent in der Arbeitsgruppe "Datenverarbeitung, Planung und Organisation"an der Universitäts-Nervenklinik Frankfurt, Direktor Prof. Bochnik. Hier insbesondere Analyse und Entwicklung von statistischen Methoden und Auswertungskonzepten. Aufbau eines EDV-Programmsystems zur Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen. Veröffentlichungen in verschiedenen Bereichen der Statistik, Versuchsplanung und Datenverarbeitung, auf dem gleichen Gebiet Lehrauftrag. Seit 1972 Leiter der Gruppe.Ende 1972 Fertigstellung der Dissertation, betreut durch Prof. Klaus Holzkamp, Freie Universität Berlin und Prof. Erich Wulff, Justus Liebig Universität Giessen.

Eschborn, den 10.7.1973

Edith Leiser

UNIV. LEIDEN BIBL.

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Klaus Holzkamp, Berlin

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Erich Wulff, Giessen

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 1

Teil 1: Die Konsistenz psychiatrischer Daten unter dem Aspekt sozialer Variablen. 4

Das Modell der somatisch-phänomenologischen Psychiatrie nach Kurt SCHNEIDER. 4

Die empirische Validität der somatisch-phänomenologischen Psychiatrie nach Kurt SCHNEIDER. 10

HYPOTHESE 1 10
HYPOTHESE 2 13
HYPOTHESE 3 16
HYPOTHESE 4 18
HYPOTHESE 5 23
HYPOTHESE 6 24

Schlussfolgerungen 26

Teil 2: Der Stand der Literatur zum Zusammenhang zwischen sozialen Variablen und psychischen Störungen. 29

Epidemiologische Untersuchungen. 31

Untersuchungen zu den Lebensbedingungen der Unterschicht. 34

Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Veränderungen der Lebensbedingungen und psychischen Störungen. 34

Teil 3: Ein sozioökonomisches Modell der klinischen Psychiatrie. 37

Block VO 42

Block V1 43

HYPOTHESE 7 43
HYPOTHESE 8 44
HYPOTHESE 9 46

Block V2 48

HYPOTHESE 10 48
HYPOTHESE 11 51

Block V3 53

HYPOTHESE 12 53
HYPOTHESE 13 54
HYPOTHESE 14 55
HYPOTHESE 15 57

Block V4 59

HYPOTHESE 16 59
HYPOTHESE 17 60
HYPOTHESE 18 61
HYPOTHESE 19 62
HYPOTHESE 20 63

Zusammenfassung 66

Auswertungen 68
Literatur 90
Anhang 95

Die soziologische Dimension in der klinischen Psychiatrie. Kritik der psychiatrischen Ideologie anhand von Befunddaten.

Einleitung

Den Humanwissenschaften, noch dazu einer so jungen wie der Psychiatrie, mangelt es nicht an kontroverser Diskussion, wenn auch SZASZ(51), der ebensoviele psychiatrische Theorien wie Symptome zählt, sicher übertreibt. Wissenschaftliche Diskussionen können zu einer dialektischen Klärung des Gegenstande führen, oder auch zur dogmatischen Erstarrung. Wenn diese Erstarrung in der Psychiatrie bis heute mit Vorliebe auf der Seite der gesellschaftskritischen, soziogenetischen und psychogenetische Ansätze gesehen wird, wenn umgekehrt die somatische Psychiatrie beinahe zu einem Synonym für "objektive" Psychiatrie geworden ist, so steckt darin eine gewisse dialektische Ironie. Die vorliegende Arbeit versucht, diese Ironie zum operativen Mittel wissenschaftlicher Kritik zu machen:

Das empirische Herzstück der Untersuchung besteht nämlich aus authentischen Befunddaten dieser somatischen Psychiatrie, die, standardisiert, quantifiziert und zu einer Datenbank organisiert, der elektronischen Datenverarbeitung zugänglich sind. Die Arbeit befindet sich somit mitten im Revier dieser "objektiven" Psychiatrie, und das sowohl von der Datensubstanz her als auch in der instrumentellen Methodik - seit neuerem dort ein gewichtiger Trumpf in der wissenschaftlichen Argumentation.

Datengewinnung und technisches Vorgehen

Die Psychiatrische und Neurologische Klinik der Universität Frankfurt betreibt seit einigen Jahren eine psychiatrische Befunddokumentation. Für jede Aufnahme wird vom zuständigen Psychiater ein standardisierter Befundbogen ausgefüllt, der anamnestische, diagnostische, katamnestische und prognostische Informationen abfragt. Aus einer Anfangsversion hat sich im Verlauf der gesammelten Erfahrung eine -im Anhang abgebildete- Version entwickelt, die seit 1970 in Gebrauch ist. Aus dieser sogenannten Kerndokumentation ist von der Projektgruppe "Datenverarbeitung, Planung und Organisation (DPO)" eine Daten-

bank aufgebaut worden, in die jede Aufnahme über einen komplexen Verarbeitungszyklus mit einem Vektor von 167 Befundinformationen eingeht. Zur Verwaltung, Nutzung und Auswertung der sich solcherart kumulierenden Daten für organisatorische bzw. wissenschaftliche Zwecke steht ein umfangreiches "software"-System zur Verfügung.
Die vorliegende Arbeit geht von den Aufnahmen der Jahre 1970/71 aus. Zu diesem Zeitraum gehören 5383 Krankengeschichten, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in abgeschlossenem Zustand in der Datenbank befinden. Um kritischen Kausalitätseinwänden von vornherein zu entgehen, z.B. dem Versuch, die untersuchten soziologischen Charakteristiken nicht als Determinanten, sondern als Folgen von Patientenschicksalen zu interpretieren, und damit die Ergebnisse als Artefakte einer krankheitsbedingten sozialen Selektion, werden aus der Ausgangsmenge die Krankengeschichten ausgewählt, die zu psychiatrischen Erstaufnahmen der Frankfurter Klinik gehören. Da hiermit alle Mehrfachaufnahmen ausgeschieden sind, ist gleichzeitig sichergestellt, dass in der verbleibenden Restmenge jeder Patient nur noch mit e i n e r (nämlich seiner ersten) Krankengeschichte vertreten ist, der Menge der Krankengeschichten also eine Menge voneinander unabhängiger Fälle entspricht - eine wichtige inhaltliche und statistische Voraussetzung für die weitere Analyse. Von den so verbleibenden 2150 Erstaufnahmen werden zusätzlich die Fälle ausgeschlossen, die zu diesem Zeitpunkt bereits in irgendeiner anderen Klinik nervenärztlich behandelt worden sind. Die 1555 Krankengeschichten, die hiernach schliesslich für die Untersuchung übrigbleiben, gehören somit zu Fällen, die im Sinn der Fragestellung als psychiatrisch "jungfräulich"bezeichnet werden können.

Zur Technik der weiteren Analyse nur kurz einige Stichworte:
Zur Verfügung steht das System SYS (LEISER 35,36), ein benutzerfreundliches software-System, das eine umfassende Verarbeitung und Auswertung von Datenbeständen gestattet. Insbesondere erlaubt SYS die zwanglose und unmittelbare Definition beliebig komplexer logischer Bedingungen, und zwar in einer Sprache, die direkt der logischen Syntax nachgebildet ist - eine Möglichkeit, die für die weitere Analyse des Datenmaterials, vor allem seine Auswertung nach logischen Untergruppen, von hervorragender Bedeutung ist. Der auf Magnetband befindliche Datenbestand mit den ausgewählten Krankengeschichten kann unmittelbar in dieses System eingegeben werden.

Ein Punkt soll an dieser Stelle noch besonders betont werden: Ziel der Arbeit ist die empirische Überprüfung von vorgegebenen Modellen anhand von Daten mit Hilfe operationalisierter Hypothesen, also nicht eine möglichst detaillierte, ungezielt-positivistische Beschreibung vorgegebener Daten nach korrelativen Gesichtspunkten. Der Ansatz ist damit ein theoretisch-aprioriischer. Mit ihm wird einer wissenschaftstheoretischen Grundforderung Rechnung getragen und der Gefahr begegnet, durch die Anhäufung statistisch diffuser Details zur Verdunkelung statt zur Aufhellung des Gegenstands beizutragen.

Teil 1: Die Konsistenz psychiatrischer Daten unter dem Aspekt sozialer Variablen.

Psychiatrie ist in mehrfacher Hinsicht Gegenstand sozialwissenschaftlicher Analyse:
Erstens gilt es, die soziologischen und psychologischen Determinanten zu bestimmen, die im pathogenetischen oder pathoplastischen Sinn am Schicksal des Patienten mitgewirkt haben.
Zweitens gilt es, das Interaktionsfeld zu untersuchen, in dem sich die Beziehung Psychiater-Patient abspielt und hier insbesondere die Relevanz soziologischer und psychologischer Faktoren für den diagnostischen Prozess, und schliesslich interessiert die Situation, in der sich das Leben und die Behandlung des stationären Patienten abspielt, in ihrer soziologischen und psychologischen Struktur und ihrer Rückwirkung auf das Krankheitsschicksal. Der Sinn solcher Fragestellungen ergibt sich aus dem Paradigma der empirischen Wissenschaft selbst, nach dem alle Variablen in die Analyse einzubeziehen sind. Das gilt insbesondere für soziologische bzw. psychologische Variablen und die Psychiatrie, die ja bereits in ihrer Terminologie weit in die Soziologie bzw. Psychologie hineinreicht.
Wenn ein psychiatrisches System wie das der somatisch-phänomenologischen Psychopathologie trotzdem a priori die Relevanz soziologischer und psychologischer Einflüsse für psychiatrische Erkrankungen ablehnt, ist nach der Gültigkeit und Konsistenz seiner Aussagen zu fragen.

Das Modell der somatisch-phänomenologischen Psychiatrie nach Kurt SCHNEIDER.

Wissenschaftstheoretisch gesehen ist für jede Modellvorstellung über einen wissenschaftlichen Gegenstand notwendig, dass sich aus ihr empirisch verifizierbare Aussagen ableiten lassen. Umgekehrt ist für die Ablehnung eines Modells hinreichend, dass eine Modellaussage empirisch falsifizierbar ist. Leider reichen diese beiden Kriterien oft nicht aus, um alternative Modelle differentiell zu bewerten, besonders wenn ein Modell in kritischen Teilen einer empirischen Überprüfung nicht zugänglich ist bzw. gegenteilige Aussagen zulässt.

In diesen Fällen kommen andere Kriterien ins Spiel; z.B. wird von zwei Modellen dasjenige vorzuziehen sein, das bei gleicher empirischer Ergiebigkeit einfacher ist (Einfachheit) oder das den Gegenstand im Sinne einer Homomorphie besser abbildet (strukturelle Adäquanz) oder dem aufgrund eines empirischen Aussagengefüges eine höhere Wahrscheinlichkeit zukommt (induktive Wahrscheinlichkeit): (7).

Wie sieht es unter diesen Gesichtspunkten mit dem heute weit verbreiteten somatisch-phänomenologischen Modell der Psychiatrie aus, wie es von Kurt SCHNEIDER entwickelt worden ist? In seinem psychopathologischen System (47) ist bekanntlich für den pathogenetischen Einfluß soziologischer und psychologischer Faktoren kein Platz; es ließe sich im Sinne von H. KILIAN (30) als "a-sozial" kennzeichnen. Unter dem Postulat eines allgemeinen somatischen Krankheitsbegriffs sind psychopathologische Abnormitäten entweder als "abnorme Spielarten seelischen Wesens" oder durch organische Störungen erklärt. Abgesehen von der Problematik einer derartigen qualitativen Dichotomisierung psychischen Geschehens in "krank" und "nichtkrank" (s.auch 29) stellt sich die Frage nach der empirischen Zugänglichkeit eines solchen Postulats.

Zum Beispiel der Psychosebegriff: Psychosen haben nach Kurt SCHNEIDER immer eine organische Grundlage. Die psychopathologischen Bilder bei der Schizophrenie oder Zyklothymie fallen z.T. phänomenologisch offensichtlich unter den Begriff Psychose. Folglich ist für beide eine -unbekannte- organische Grundlage zu fordern. Andererseits fallen alle psychotischen Bilder, für die keine organische Ursache bekannt ist, in die Kategorie Schizophrenie oder Zyklothymie. Das System ist an diesem Punkt, also z. B. durch die Behauptung einer reaktiven Psychose nicht falsifizierbar: Entweder ein Bild ist eindeutig psychotisch, dann wird man eine vorhandene reaktive Basis als blossen Auslöser eines organisch bestimmten Zustandes unbekannter Ursache bewerten, oder ein psychopathologisches Bild ohne sichtbare organische Grundlage ist eindeutig reaktiv verursacht, dann wird man es selbst bei psychotischen Merkmalen nicht Psychose, sondern abnorme Erlebnisreaktion nennen.

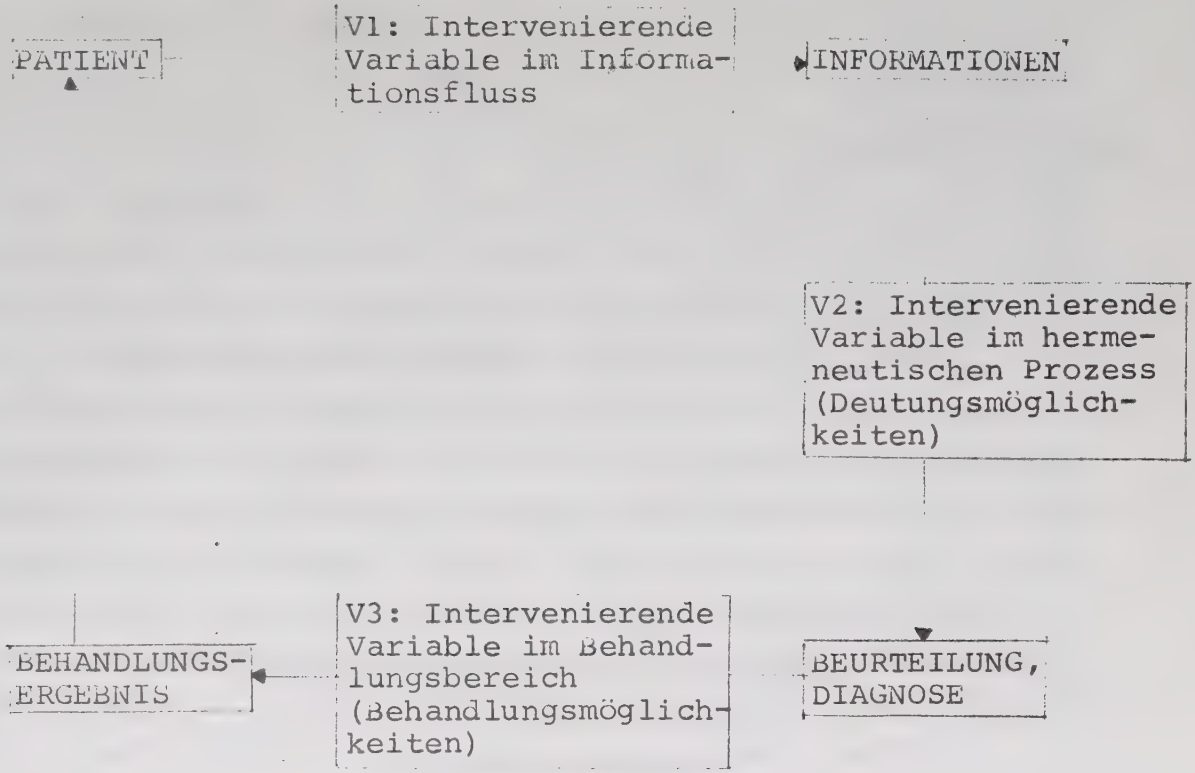
Genausowenig läßt sich das System durch die Behauptung einer nicht-organischen Schizophrenie falsifizieren: Aus dem phänomenologischen Bild Schizophrenie folgt die Leerformel "unbekannte organische Ursache". Umgekehrt folgt aus einem psychopathologischen Bild, für das eine organische Ursache verneint wird, daß es sich nicht um eine Schizophrenie handeln kann.

Die Argumentation hat hier somit deutlich tautologische Züge. (Nach E.GOFFMANN (19) kommt solchen Tautologien, von denen die Psychiatrie durchsetzt ist, wissenschaftssoziologisch gesehen eine Schutzfunktion zu, die das Aufrechterhalten eines quasiwissenschaftlichen Selbstverständnisses ermöglicht.) Eine nähere Analyse des Gedankenganges zeigt, daß systematisch zwei Begriffsebenen verschränkt werden: "Psychotisch" findet sich einmal als Realdefinition.Diesem Begriff ist die Nominaldefinition "nicht-reaktiv" zugeordnet. Umgekehrt findet sich "reaktiv" als Realdefinition mit der Zuordnung "nicht-psychotisch" als Nominaldefinition. Das gleiche gilt für die Beziehung "Schizophrenie" und "nicht-organisch". Die Struktur entspricht also dem logischen Schema:

Realdefinition		Nominaldefinition
psychotisch	impliziert	nicht-reaktiv
reaktiv	"	nicht-psychotisch
Schizophrenie	"	(unbekannt) organisch
nicht-organisch	"	nicht Schizophrenie

Es wird kaum möglich sein, ein solches System in direkter Weise empirisch zu untersuchen. Seine Konsistenz oder Inkonsistenz soll daher auf indirektem Weg überprüft werden.

Indirkt ist die gewählte Methode in folgender Hinsicht: Die verwendeten Daten stammen aus dem Dokumentationsbogen einer psychiatrischen Klinik, sind damit zwar authentischer Ausfluß psychiatrischen Verhaltens, aber zugleich ist eine Überprüfung der Daten auf ihre empirische Grundlage ausgeschlossen. Die Untersuchung knüpft somit an einer Interpretationsebene an, auf der bereits eine wesentliche Transformation der empirisch gegebenen Datenbasis stattgefunden haben kann. Andererseits gelingt auf diese Art ein unmittelbarer Zugang zu einer bestimmten Psychiatrie und deren Datengewinnungskonzept.



Interaktionskreis der klinischen Situation

Abb. 1

Schlussfolgerungen auf einer solchen Abstraktionsebene sind notwendig mehrdeutig:
Entweder stellt ein gefundenes Faktum tatsächlich ein psychopathologisch gültiges Ergebnis dar, das vom Psychiater objektiv registriert ist; oder das gefundene Faktum ist Folge einer bestimmten psychiatrischen Behandlung im weitesten Sinn; oder dieses aus psychiatrischen Daten abgeleitete Faktum ist nichts weiter als die Projektion bestimmter psychiatrischer Klischees und Stereotypien; oder es ist Folge ungenauer bzw. verfälschter Ausgangsinformationen über den Patienten- in allen diesen letzten Fällen also in Wirklichkeit ein Artefaktum.
Die Problematik wird am Beispiel des Heilerfolgs deutlich: Angenommen, aus den Daten folgt, dass Gruppe A einen schlechteren Heilerfolg hat als Gruppe B, dann kann das in viererlei Weise interpretiert werden -von den Kombinationen einmal nicht zu reden-: Entweder Gruppe A unterscheidet sich tatsächlich so fundamental von Gruppe B, dass die Heilungschance bei konstanter Behandlung schlechter ist; oder Gruppe A und Gruppe B unterscheiden sich nicht hinsichtlich psychiatrischer Merkmale, Gruppe A erfährt aber eine andere Behandlung als Gruppe B, die zu einem schlechteren Heilungserfolg führt; oder Gruppe A und Gruppe B unterscheiden sich wieder nicht hinsichtlich psychiatrischer Merkmale, aber in den psychopathologischen Klischees, die über die jeweilige Gruppe bestehen, und in der daraus folgenden unterschiedlichen Behandlung; oder schliesslich: bei Gruppe A liegen ungenauere bzw. stärker verfälschte Ausgangsinformationen vor, die zu einer inadäquaten Behandlung und zu einem schlechteren Heilungserfolg führen.
Es ist also nötig über diese intervenierenden Variablen zu diskutieren, wenn im folgenden das Kurt Schneider'sche Modell der Psychopathologie überprüft wird. Das damit skizzierte Konzept, auf das sich die Analyse bezieht, ist grob schematisch in Form eines kybernetischen Kreises dargestellt.(Abb.1)Auf jeder Teilstrecke dieses Kreises können wesentliche Verarbeitungen oder Transformationen des Eingangssignals stattfinden. Im Fall der vorliegenden Untersuchung ist der Kreis der Arzt-Patient-Beziehung im Block "Beurteilung, Diagnose" aufgeschnitten. Ob und wie weit diese Stufe überhaupt noch in einer Korrelator-Beziehung zum Ausgangspunkt, nämlich dem Patienten mit seinem ursprüng-

lichen psychopathologischen Bild, steht, hängt von Struktur und Gewicht der drei angedeuteten Operatoren ab. Im einen Extremfall wird "Beurteilung, Diagnose" eine strenge Funktion des ursprünglichen psychopathologischen Bildes sein, die sich über eine klare Behandlungsstrategie in einer zielsicheren Behandlung fortsetzt. Der andere Extremfall ergibt sich bei starkem Rauschen im Informationsfluss, bei einem signalfernen, signalirrelevanten oder signalinvarianten Deutungsoperator, der zusammen mit einem diagnosefernen, diagnoseirrelevanten oder diagnoseinvarianten Behandlungsoperator zu einem ungünstigen oder bestenfalls neutralen Behandlungsergebnis führt.

Eine tautologische Diagnostik aufgrund einer nicht operationalisierten, subjektiven Phänomenologie und eine apriorische undifferenzierte Festlegung im Behandlungsbereich liegt eher in Richtung auf diesen zweiten Extremfall.
Dieser kybernetische Kreis stellt im übrigen klar, dass es sich bei der Vorstellung einer physikalisch klaren, streng kausalen Reiz-Reaktions-, oder Patient-Psychiaterbeziehung, bei der auf ein klar abgrenzbares psychopathologisches Bild als invariante Entität mit einer entsprechend klar definierbaren Behandlung reagiert wird, um eine Fiktion handelt. Was die heutige Psychiatrie von dieser innerhalb der somatisch-phänomenologischen Richtung unterlegten Fiktion trennt, ist nicht nur eine quantitative Distanz, sondern die qualitative Struktur eines Interaktionsprozesses, dessen Problematik tief in die Soziologie und die psychometrische Theorie hineinreicht.

Die empirische Validität der somatisch-phänomenologischen Psychiatrie nach Kurt SCHNEIDER.

Aus der von Kurt SCHNEIDER formulierten phänomenologischen Psychopathologie folgt, daß den sogenannten endogenen (körperlich nicht begründbaren) Psychosen eine qualitativ gesehen ebensogut abgrenzbare Krankheitseinheit zugrundeliegt wie anderen psychiatrischen Bildern. Hierin liegt eine wichtige Voraussetzung des phänotypischen, nosologischen Ansatzes, denn, wie H.KEUPP (29) feststellt "mit der Reliabilität der psychiatrischen Diagnose steht und fällt der Ansatz nosologischer Kategorisierung". Nun sollte eine solche Diagnose im hermeneutischen Sinn, denkt man an die tautologische Begründung, zumindest so sicher fundierbar sein, wie irgendeine andere psychiatrische Diagnose. Auch die Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und Zyklothymie dürfte kein Problem bedeuten, verfährt sie doch nach Regeln, die sie kaum anfechtbar machen. Daraus leitet sich als empirische Aussage ab:
HYPOTHESE 1: Die Diagnose "endogene Psychose" unterscheidet sich von anderen psychiatrischen Diagnosen nicht hinsichtlich der Sicherheit der Diagnose.

Entscheidungsstrategie: In der Kerndokumentation ist jeder der maximal 4 erfaßten Diagnosen ein Merkmal "Sicherheit der Diagnose" zugeordnet (Nummern 911, 921, 931,941 des im Anhang abgebildeten Vektors aus 177 Merkmalen). Auf einer Skala von völlig sicher bis völlig unsicher können die Werte 1 bis 5 angegeben werden. Da eine stark linksschiefe Verteilung vorliegt, wird die Hypothese mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests für unabhängige Wahrscheinlichkeiten entschieden. Für einen ersten Test wird die 1. Diagnose herangezogen. Hier wird "endogene Psychose" anderen psychiatrischen Diagnosen gegenübergestellt.

Ergebnis: Endogene Psychosen und andere psychiatrische Diagnosen unterscheiden sich signifikant in der Verteilung des Merkmals "Sicherheit der Diagnose". Bei der endogenen Psychose ist der Schwerpunkt systematisch und deutlich in Richtung auf niedrige Sicherheit verlagert, sodaß sich eine orthogonale Zerlegung erübrigt. Es ergibt sich, daß endogene Psychosen eine geringere diagnostische Sicherheit haben als andere psy-

chiatrische Diagnosen.

In einem Kontrolltest, der aufgrund aller 4 Diagnosen, also nicht nur in der ersten, zwischen Patienten mit endogener Psychose und anderen psychi-atrischen Patienten unterscheidet, wird die Sicherheit der in der Sequenz ersten Diagnose "endogene Psychose" bei diesen Patienten der Sicherheit der ersten psychi-atrischen Diagnose bei den restlichen psychiatrischen Patienten gegenübergestellt. Auf diese Art wird ein denkbarer Selektionseffekt durch Beschränkung auf die erste Diagnose überpruft. Das Ergebnis des ersten Tests wird bestätigt.

Zur Stützung der Hypothese gäbe es folgende Erklärungsmöglichkeiten innerhalb des Schemas(s.Abb1)
Block V1: Der Informationsfluß von Patient zu Psychiater ist bei endogenen Psychosen stärker gestört als bei anderen psychiatrischen Diagnosen.
Block V2: Der Sicherheitsbegriff hat bei der Diagnose "endogene Psychose" eine andere Bedeutung als bei anderen psychiatrischen Diagnosen.(Die in anderen Untersuchungen gefundene mangelhafte Übereinstimmung verschiedener Diagnostiker im Punkt "endogene Psychose" (s.53) spricht allerdings nicht für eine solche rein semantische Erklärung.)
Block V3: Eine inadäquate, unspezifische Behandlung verhindert eine diskriminatorische Bewertung des der Diagnose "endogene Psychose" zugrundeliegenden psychopathologischen Bildes.

Aus der somatisch-phänomenologischen Psychopathologie folgt ferner, daß soziale Daten in der Vorgeschichte eines Patienten als psychiatrisch irrelevante Milieudaten keine pathogenetische Bedeutung und damit auch keinen Einfluß auf die Heil ungs- oder Besserungschancen haben können. Psychopathologische Störungen werden ja als Manifestation einer im Untergrund veranlagten Disposition oder als Ausdruck einer organischen Krankheit, jedenfalls als Folge autonom vorgegebener, milieuunabhängiger Faktoren betrachtet, einmal abgesehen von den sogenannten abnormen Erlebnisreaktionen, die jedoch auch als übergeordnete Verhaltensmuster verstanden werden, die per defitionem temporär sind und die für das Problem der Heilungs- oder Besserungschancen keine Rolle spielen. Konsequenterweise wird an keiner Stelle der "Klinischen Psychopathologie" von Kurt SCHNEIDER die Existenz sozialer Einflüsse erwähnt.

DEFINITION DER SOZIOÖKONOMISCHEN SCHICHTEN

Sozioökonomische Unterschicht:

Netto-Einkommen 0 bis 800 DM und kein Schulbesuch, Sonderschule, Volkschule mit Wiederholung, Volkschule glatt und Arbeiter, Angestellter

oder

kein Schulbesuch, Sonderschule, Volkschule mit Wiederhol.,Volkschule glatt und Hausfrau und nie einer Tätigkeit nachgegangen

oder

kein Schulbesuch, Sonderschule, Volkschule mit Wiederholung, Mittelschule ohne Abschluß, Oberschule ohne Abschluß und arbeitslos und Arbeiter, Angestellter

oder

Netto-Einkommen 0 bis 600 DM und im Berufsleben, arbeitslos, ohne Beschäftigung

oder

kein Schulbesuch, Sonderschule

Sozioökonomische Mittelschicht:

Mittelschule mit Abschluß und Nur-Hausfrau

oder

Netto-Einkommen 1001 bis 1500 DM und Volkschule glatt, Mittelschule ohne Abschluß und im Berufsleben, berufstätige Hausfrau

oder

Mittelschule mit Abschluß und Schulausbildung, Studium,Wehrdienst

oder

Netto-Einkommen 601 bis 1000 DM und Volkschule glatt, Mittelschule ohne Abschluß/mit Abschluß, Oberschule ohne Abschluß und Beamter

Sozioökonomische Oberschicht:

Netto-Einkommen größer 1500 DM und Volkschule glatt, Mittelschule ohne/mit Abschluß, Oberschule ohne/mit Abschluß, Fachschule ohne/mit Abschluß, Hochschule ohne/mit Abschluß und im Berufsleben, berufstätige Hausfrau

oder

Studium und Oberschule mit Abschluß

oder

Hochschule mit Abschluß und berufstätige Hausfrau, Nur-Hausfrau, Wehrdienst

Die Behauptung der Irrelevanz sozialer Daten für die Heilungs- oder Besserungschancen des psychiatrischen Patienten soll hier am Merkmal der sozioökonomischen Schichtung zu folgender Aussage konkretisiert werden:

HYPOTHESE 2: Die sozioökonomische Schicht, der ein Patient entstammt, hat keinen Einfluss auf seine Heilungs- oder Besserungschancen.

Entscheidungsstrategie: Die Merkmale 28 bis 31 der Kerndokumentation enthalten Informationen über die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit des Patienten. Um alle relevanten Informationen auszuschöpfen werden aus allen 4 Merkmalen zusammengesetzte Schichtsyndrome verwendet. Um randscharfe Gruppen zu erhalten, werden nur die Patienten einer Schicht zugeordnet, die typische Kernbedingungen erfüllen (s. S. 12). Auf diese Art werden aus dem hypothetischen Schichtkontinuum drei logisch und qualitativ disjunkte Segmente herausgeschnitten und als "sozioökonomische Unterschicht", "sozioökonomische Mittelschicht" und "sozioökonomische Oberschicht" gekennzeichnet. Natürlich gibt es keine wissenschaftlich zwingende Schichteinteilung und man kann über die hier getroffene Definition streiten. Entscheidend ist hier aber folgendes: Jede a priori vereinbarte Schichteinteilung, die sich als Operationalisierung eines inhaltlich einsichtigen Schichtbegriffs ergibt, ist für die hier anstehende Frage geeignet. Der Behandlungserfolg kann dem Merkmal 17 der Kerndokumentation entnommen werden. Hier wird die Bedingung "geheilt oder gebessert" der Bedingung "ungebessert oder verschlechtert" gegenübergestellt. Die 3 Schichten ,zu den 2 alternativen Behandlungsergebnissen in Beziehung gesetzt, werden als 2 mal 3 -Kontingenztafel ausgewertet. Zur statistischen Entscheidung eignet sich der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten.

Ergebnis: Zwischen Schichtzugehörigkeit und Heilungserfolg gibt es einen deutlichen Zusammenhang. Von Oberschicht über Mittelschicht zu Unterschicht steigt die Quote "ungebessert oder verschlechtert" gleichmässig an. Auf eine weitere orthogonale Zerlegung wird verzichtet. Die Heilungschance ist somit für die Unterschicht am geringsten und wächst über Mittelschicht zu Oberschicht gleichmässig an.

Zur Stützung der Hypothese gäbe es folgende Erklärungsmöglichkeiten innerhalb des Schemas:

Block V1: Der Informationsfluss von Patient zu Arzt (Exploration, Kommunikation) verschlechtert sich von Oberschicht zu Mittelschich zu Unterschicht. Der für den Psychiater optimale Kommunikationspartner ist der Patient der Oberschicht, was dessen Heilungschancen verbessert (s. dazu auch (42)).

Block V2: Die Wertungen und Klischees, die bei objektiv gleichem psychopathologischen Bild in den Deutungsprozess eingehen, werden von Oberschicht über Mittelschicht zu Unterschicht ungünstiger, undifferenzierter, inadäquater, und das beeinträchtigt in der Folge die Heilungschancen; oder mit den Worten von R.L.KAHN (27): "...a psychiatric diagnosis is not just a one-to-one reflection of a specific type of behavior pattern but is also a value judgement in terms of social interaction...it has been noted, that patients with similar symptoms will receive different diagnosis, depending on their social background."

Block V3: Die Behandlungsqualität hängt von der Schichtzugehörigkeit ab. Sie wird von Ober- über Mittel- zu Unterschicht sukzessiv schlechter (eine solche selektive Behandlung stellt u.a. H.WALLER (55) in seiner Hamburger Untersuchung fest. Welche Bedeutung in diesem Zusammenhang den parapsychiatrischen Figuren, z.B. den von R.D.HEMPRICH (22) als "Herren der Klinik" bezeichneten Pflegern zukommt, soll hier offen bleiben.).

Natürlich bieten sich weitere, für die Psychiatrie u.U. plausiblere Erklärungsmöglichkeiten an, die ausserhalb des dargestellten klinischen Beziehungskreises liegen. Z.B. könnte aus dem Modell des sogenannten Sozial-Darwinismus abgeleitet werden, dass die verschiedenen sozioökonomischen Schichten nichts weiter repräsentieren als Gruppen unterschiedlicher Vitalqualität, die sich aus einem genetischen Differenzierungsprozess ergeben haben. Die Unterschicht würde so gesehen eine stärkere Ausprägung des in Kurt SCHNEIDER's Sinn "Minderwertigen" (47, S.76) darstellen als die Mittel- oder Oberschicht (ein Biologismus, dessen Konsequenz P.J.MOEBIUS (41) zu der Überlegung führt:"Dass das Verhalten des Wolfes aus seiner Organisation hervorgeht, bezweifelt kein Mensch; man nimmt die Tiere wie sie sind. So unbefangen sollten wir auch dem Menschen gegenüber sein."). Immerhin würden damit soziologisch Variable Eingang in das Konzept dieser klinischen Psychopathologie finden, wenn auch ihre originäre Bedeutung als pathogenetische Einflussgrössen damit noch nicht anerkannt wäre -was im Effekt wohl nicht grundsätzlich über die "sehr beiläufige Bedeutung" hinausginge, die von dieser Seite nach G.BOSCH (5) auch bisher

schon, wenn auch nicht explizit, sozialen Faktoren zugemessen wird. Die Zulassung der umgekehrten Kausalkette - Merkmale des sozioökonomischen Milieus als primär pathogenetische Grössen - wäre damit jedenfalls zunächst vermieden. Einer weiteren Analyse dieses Punktes kann folgende Überlegung dienen:
Da Krankheit als soziologisch invariante Entität zu den fundamentalen Größen der phänomenologischen Psychopathologie zählt, kann sich eine unterschiedliche psychopathologische Störbarkeit verschiedener Schichten eigentlich nur in Form eines unterschiedlichen Krankheitsspektrums - empirisch prüfbar als Diagnosespektrum - manifestieren. Umgekehrt wäre somit nicht einsichtig, wenn sich bei einer einzelnen Diagnosegruppe für verschiedene Schichten die insgesamt gegebenen unterschiedlichen Heilungs- oder Besserungschancen wiederfinden würden.

Das soll für die Diagnosegruppe "endogene Psychose" geprüft werden.

HYPOTHESE 3: Die sozioökonomische Schicht, der ein Patient mit der Diagnose "endogene Psychose" entstammt, hat keinen Einfluss auf seine Heilungs- oder Besserungschancen.

Entscheidungsstrategie: Aus den Merkmalen 9011 9021,9031,9041 der Kerndokumentation wird eine Auswahl aller Patienten mit der Diagnose "endogene Psychose" hergestellt. Hierunter fallen alle Patienten, die in mindestens einer der maximal vier Diagnosen eine WHO-Verschlüsselung aus den Nummerngruppen 295 oder 296 haben. Zu dieser Auswahl gehören 285 Fälle. Die weitere Auswertung ist identisch mit der zu HYPOTHESE 2. Die statistische Strategie ist hier problematischer als bei HYPOTHESE 2, denn selbst , wenn sich für die verschiedenen sozioökonomischen Schichten entsprechend grosse Wahrscheinlichkeitsunterschiede ergeben würden wie bei der Gesamtstichprobe, also eine volle Bestätigung der Ergebnisse bei HYPOTHESE 2, würde sich die Chi-Quadrat-Statistik entsprechend der geringeren Fallzahl proportional verkleinern. Umgekehrt wären also sehr viel stärkere Wahrscheinlichkeitsunterschiede nötig, um Chi-Quadrat für diese stark verkleinerte Stichprobe auf den Wert bei HYPOTHESE 2 zu heben. Es wird daher eine modifizierte indirekte Strategie benutzt, deren Rechtfertigung in der Kreuzvalidierungsfunktion dieser Auswertung liegt. Die Alternativhypothese besagt, dass die Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Schichten hinsichtlich Heilungs- oder Besserungschancen auch für eine einzelne Diagnosegruppe wie hier "endogene Psychose" bestehen, also nicht mit einem eventuell unterschiedlichen Diagnosespektrum der Schichten erklärt werden können. Die Alternativhypothese hat somit als verifiziert zu gelten, wenn die Heilungs- oder Besserungschancen der einzelnen Schichten sich für die Untergruppe "endogene Psychose" in der gleichen Richtung unterscheiden wie bei der Gesamtgruppe. Folgende Teststrategie wird a-priori definiert: Wenn die Heilungs- oder Besserungschance monoton von Ober- zu Mittel- zu Unterschicht fällt und dabei das Gefälle zwischen den Schichten mindestens so gross ist wie beim Test "über alle Diagnosen", wird die Hypothese verworfen und die Alternativhypothese akzeptiert.

Ergebnis: Die Auswertung ergibt für die drei Schichten Heilungs- oder Besserungswahrscheinlichkeiten, die monoton von der Ober- über die Mittel- zur Unterschicht fallen. Das Gefälle von Ober- zu Unterschicht ist größer als bei HYPOTHESE2. Unterschiedliche Heilungs- oder Besserungschancen bei den einzelnen Schichten können also nicht mit unterschiedlichen Diagnosespektra erklärt werden, sie bestätigen sich vielmehr für eine spezielle Diagnosegruppe wie hier für "endogene Psychose".

Die Stützung der Hypothese ist hier schwieriger, da es sich nach der Axiomatik von Kurt SCHNEIDER, in der einer phänomenologischen Einheit eine Krankheitseinheit zuzuordnen ist, bei den endogenen Psychotikern um eine Gruppe mit einheitlichen und abgrenzbaren somatischen Krankheitsgrundlagen handeln müsste. Innerhalb des Schemas wären folgende Erklärungsmöglichkeiten denkbar:
Block V1: Patienten mit "endogener Psychose" sind je nach sozioökonomischer Schicht unterschiedlich zugänglich und explorierbar, unterscheiden sich also bei der Informationsgewinnung.
Block V2: Dem tautologisch bzw. symptomatologisch unscharf definierten Krankheitsbegriff der "endogenen Psychose" entsprechen bei den verschiedenen Schichten inhaltlich und ätiologisch unterschiedliche psychopathologische Bilder.
Oder: Die Entschlüsselung der Symptome wird mit wachsendem Schichtunterschied zwischen Arzt und Patient - also von Oberschicht nach Unterschicht schwieriger - und damit auch die Behandlung.
Oder: Der Begriff Heilung oder Besserung hat für verschiedene Schichten nicht die gleiche Bedeutung, z.B. könnten in den Begriff die Faktoren Produktivkraft, Wiederverwertbarkeit im Arbeitsprozess, Integrierbarkeit in Beruf und Gesellschaft eingehen, Merkmale, die vielleicht schichtspezifisch aber krankheitsunabhängig verschieden ausgeprägt oder bewertet sind.
Block V3: Bei den verschiedenen Schichten gibt es eine unterschiedliche Behandlungsqualität.

Ein weiterer Bereich, in dem das hier diskutierte Konzept der somatisch-phänomenologischen Psychopathologie auf seine Konsistenz überprüft werden soll, ist die sogenannte Primärpersönlichkeit.

Die hier erfassten Variablen (insbesondere die Merkmale 35 bis 39 der Kerndokumentation) sind schlecht operationalisierbar und deshalb dem Einfluss von subjektiven Wertungen, Stereotypien und Klischees besonders ausgesetzt. Andererseits stellt die Primärpersönlichkeit eine fundamentale Grösse im psychopathologischen System von Kurt SCHNEIDER dar, denn sie bildet den (angelegten) "Untergrund", auf dem sich psychopathologische Störungen entwickeln und das Material, mit dem die Krankheiten "arbeiten". Der Einführung der Primärpersönlichkeit in den diagnostischen Prozess liegt somit die Idee zugrunde, dass es sich hier um eine angelegte, also in ihrem Kern invariante Struktur handelt, die an der Gestaltung psychopathologischer Störungen beteiligt ist und als konstitutionelle Grösse deren Verlauf und Heilungsprozess pathoplastisch beeinflusst. Sie bildet nach Kurt SCHNEIDER neben Intelligenz sowie leiblichem Gefühls- und Triebleben die Grundkonstellation des "individuellen seelischen Seins" (47 , S. 17). Soziologische oder Milieufaktoren, alles das, was bei Kurt SCHNEIDER in die Rubrik der "Psychologisierung" fällt , dürfen auf eine solche Grösse keinen wesentlichen Einfluss haben. Aus der Bedeutung der Primärpersönlichkeit als originäres Muster, das mit dem späteren psychopathologischen Bild korreliert, folgt somit das Postulat ihrer weitgehenden Invarianz. Irgendwelche "sekundären" Einflüsse wie Milieu oder sozioökonomische Schicht würden ihre Bedeutung stark relativieren. Auf der anderen Seite sollten Zusammenhänge zwischen der Primärpersönlichkeit und späteren klinischen Variablen, also z. B. einer so fundamentalen wie der Heilungs- oder Besserungschance, erwartet werden.
Das führt zu
HYPOTHESE 4: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Schicht, der ein Patient angehört, und seiner Primärpersönlichkeit.
Entscheidungsstrategie: Unter den in der Kerndokumentation verfügbaren Merkmalen zur Primärpersönlichkeit werden a priori die Merkmale ausgewählt, die eine einigermassen spezifische psychologische Bedeutung haben und deren Ausprägung möglichst situationsunabhängig ist. Nach diesem (sicher willkürlichen) Kriterium werden folgende 11 Merkmale in die Untersuchung hineingenommen:

Seelische Belastbarkeit	(3502)
Aktivitätsdrang	(3601)
Antriebskontrolle	(3602)
Geselligkeitsbedürfnis	(3701)
Kontaktfähigkeit	(3702)
Selbstsicherheit	(3703)
Sexuelle Bedürfnisse	(3704)
Aggressivität	(3802)
Ängstlichkeit	(3803)
Empfindlichkeit	(3804)
Psychopathische Züge	(39)

Die statistische Methode muss die Interdependenz der 11 Merkmale, d.h. ihr gemeinsames testtheoretisches Fehlerverhalten und ihre Interkorrelationsstruktur, berücksichtigen (Zur Problematik der simultanen Prüfung von Merkmalsmengen siehe 24). Die sukzessive und isolierte Prüfung aller Einzelmerkmale würde zu einem unbekannten Risiko von Fehlschlüssen führen. Für die hier interessierende Mittelwertsstruktur der Merkmale in den einzelnen Schichten ist die multivariate Varianzanalyse (MANOVA) die geeignete Prüfmethode, trotz der Problematik ihrer Voraussetzungen, die hier besonders in den verwendeten 5-stufigen Skalen liegt. Zur groben Überprüfung der Varianz-Kovarianz-Matrizen des Modellfehlers auf die geforderte theoretische Identität bei allen Gruppen werden deren empirische Schätzungen für die 3 Schichten berechnet. Wie sensibel die Irrtumswahrscheinlichkeit des Verfahrens auf mögliche Abweichungen reagiert, kann im Einzelfall nicht übersehen werden (s. 14), ist für den hier benötigten Zweck auch nicht entscheidend, wo die statistische Methode nur eine Hilfsgrösse zur Objektivierung einer a priori definierten Entscheidungsstrategie ist - und in dem Sinn ist die MANOVA hier optimal. Zur Anwendung kommt das im System SYS enthaltene Programm MANOVA, das auf der Methode simultaner Konfidenzintervalle beruht. Die Manova wird über die 3 definierten sozioökonomischen Schichten -Unter-, Mittel-, Oberschicht- und über die 11 ausgewählten Merkmale gerechnet.

Ergebnis: Die 3 verglichenen sozioökonomischen Schichten unterscheiden sich in den erfassten 11 Primärpersönlichkeitsmerkmalen, und zwar an mehreren Punkten. Beim paarweisen Vergleich der 3 Schichten -standardmässig für jedes einzelne Merkmal durchgeführt- ergeben sich folgende Unterschiede:

(1) im Merkmal Aktivitätsdrang (3601):
Unterschicht und Oberschicht unterscheiden sich auf der Antriebsskala "allgemeiner Aktivitätsdrang - schwunglos, lahm" . Im Vergleich zur Oberschicht liegt die Unterschicht stärker im Richtung "schwunglos, lahm".

(2) im Merkmal Antriebskontrolle (3602):
Unterschicht und Oberschicht unterscheiden sich auf der Antriebsskala "kontrolliert, diszipliniert - impulsiv, ungesteuert, unkontrolliert". Im Vergleich zur Oberschicht liegt die Unterschicht stärker in der Richtung "impulsiv, ungesteuert, unkontr".

(3) im Merkmal Sexuelle Bedürfnisse (3704):
Unterschicht und Oberschicht unterscheiden sich in dem zum Bereich "Zwischenmenschliche Beziehungen" zugeordneten Merkmal "Sexuelle Bedürfnisse". Auf der Skala "sehr schwach-sehr stark" liegt die Unterschicht im Vergleich zur Oberschicht stärker in der Richtung "sehr schwach".

Zu der Frage nach der inhaltlichen Einordnung dieser Ergebnisse, insbesondere danach, ob die gefundenen Unterschiede punktuell interpretiert werden sollten, folgende Überlegung:
Angaben wie hier die zur Primärpersönlichkeit zählen zu den sogenannten weichen Daten, in die subjektive Einflüsse besonders stark eingehen. Dass alle hier beteiligten Primärpersönlichkeitsskalen unter dem Aspekt psychiatrischer Wertigkeit eine einheitliche Präferenzrichtung haben -Positives links, Negatives rechts- , ist sicher zusätzlich skalentheoretisch fragwürdig, kommt es doch einem eventuell vorhandenen Positiv-Negativ-Klischee auf seiten des klassifizierenden Psychiaters entgegen. Relevant wird diese Schwäche des Datenkonzepts für die vorliegende Fragestellung, weil sie u. U. zu einem Einblick in das in der somatisch phänomenologischen Psychiatrie (die von der Deskription ausgeht) übliche Beurteilungsverhalten verhelfen kann. Die Überlegung wäre: Angenommen, in die Beurteilung des Psychiaters gehen tatsächlich latente Stereotypien und

Klischees ein, so müssten sich diese in dem hier gegebenen klischeehaften Positiv-Negativ-Schema besonders deutlich manifestieren. Umgekehrt kann ein inhaltlich fundiertes Urteil auch in einem klischeehaften Beurteilungsschema unbeeinträchtigt ausgedrückt werden. Die Überlegung lässt sich operationalisieren: Ein klischeehaftes, eindimensionales Beurteilungsverhalten von der hier nahegelegten Art bedeutet, dass die Beurteilung keine differenzierende Bewertung enthält, sondern auf die eine Skala "Positiv-Negativ" reduziert ist. Auf die 3 sozioökonomischen Schichten in den hier untersuchten 11 Primärpersönlichkeitsmerkmalen angewendet, könnten statt der Einzelurteile genausogut die 11 Werte zu einer Punktsumme auf der Skala "Positiv-Negativ" addiert werden. Umgekehrt ist bei einem inhaltlich relevanten, vom Schema des "Höherwertigen - Minderwertigen" fr eien Beurteilungsverhalten nicht zu erwarten, dass die 11 hier betrachteten P r i m ä r persönlichkeitsmerkmale, also zum'angelegten Untergrund' gehörende Charakteristika, die 3 Schichten summarisch auf der Skala "positiv-Negativ" unterscheiden. (Diese Überlegung ist sicher nicht die einzig zwingende. Eine alternative Erklärung wäre, dass primäre Einflüsse des Schichtmilieus tatsächlich ein homogenes, auf der Skala "Positiv-Negativ" eingeordnetes Gruppenego prägen -aber dieser Gedanke liegt völlig ausserhalb des psychopathologischen Konzepts von Kurt Schneider und soll hier nicht weiter verfolgt werden.)
Es wäre also zu fordern, dass -ein inhaltlich fundiertes Beurteilungsverhalten angenommen- die Addition aller 11 Merkmale zu einem einzigen Punktwert auf der Skala "Positiv-Negativ" keine Unterscheidung der 3 Schichten ergeben dürfte. Die Forderung lässt sich als spezielle lineare Hypothese im MANOVA-Modell prüfen. Es ergibt sich:
(1) Stellt man Unterschicht gegen Mittelschicht/Oberschicht, so liegt die Unterschicht über alle Merkmale stärker in Richtung auf das negative Ende der sich ergebenden "Positiv-Negativ"-Skala.

(2) Unterschicht gegen Mittelschicht über alle Mermale verglichen ergibt keinen gesicherten Unterschied.

(3) Stellt man Unterschicht gegen Oberschicht, so liegt die Unterschicht über alle Merkmale stärker in Richtung auf das negative Ende der sich ergebenden "Positiv-Negativ"-Skala.

(4) Mittelschicht gegen Oberschicht über alle Merkmale verglichen ergibt keinen gesicherten Unterschied.

Ein Blick auf die Mittelwertsvektoren der 3 Schichten bestätigt die Ergebnisse: Für alle 11 Merkmale liegt die Unterschicht stärker auf der negativen Seite als die Mittel- bzw. Oberschicht

Zur Stützung der Hypothese bleiben innerhalb des Schemas folgende Erklärungsmöglichkeiten:
Block V1: Die "wahre" Primärpersönlichkeit wird in der Arzt-Patient-Situation von einem klischeehaften Verhalten überlagert. Personen unterschiedlicher Schichten verhalten sich hier nach Rollenklischees, die sich tatsächlich auf einer Positiv-Negativ-Skala einordnen lassen. Von dieser verfälschten Basis aus kommt der Psychiater zu seiner Beurteilung der Primärpersönlichkeit.
Block V2: Phänomenologisch gleiche Primärpersönlichkeits-Bilder werden vom Psychiater für unterschiedliche Schichten unterschiedlich gedeutet. In die Deutung gehen Klischees und Stereotypien ein, die mit der sozioökonomischen Schicht des Psychiaters oder mit der Ideologie einer bestimmten psychiatrischen Schule zusammenhängen.
Block V3: Unterschiedliche Behandlungsqualität bei unterschiedlichen Schichten prägt unterschiedliche Patiententypen, von denen aus im Sinn einer stimmigen Gesamtentwicklung rückwärts auf unterschiedliche Primärpersönlichkeitstypen extrapoliert wird -ein klassisches Beispiel des self-fulfilling-prophecy - Mechanismus: ein Behandlungsklischee produziert ein Verhaltensklischee, das dann wieder rückwärts den Rechtfertigungsrahmen für ein weitergreifendes Klischee abgibt.

Komplementär zur behaupteten Nicht-Relevanz sozioökonomischer Variablen wäre die Relevanz klinischer Variablen in Relation zur Primärpersönlichkeit zu untersuchen. Hier wäre, z. B. für eine so elementare Grösse wie die Heilungs- oder Besserungschance, im Kurt-SCHNEIDER-Konzept ein Zusammenhang zu erwarten, denn in diesem hat ja die Primärpersönlichkeit als konstitutiver Untergrund einen plastischen Einfluss auf Gestalt und Verlauf der Störung. Umgekehrt liesse sich daraus ableiten, dass die

Gruppe der Geheilten/Gebesserten sich in ihrem Primärpersönlichkeitsprofil von der Gruppe der Ungebesserten/Verschlechterten unterscheidet. Das führt zu

HYPOTHESE 5: Die Primärpersönlichkeit beeinflusst die Heilungschance. Die Gruppe der Geheilt/Gebesserten unterscheidet sich im Primärpersönlichkeitsprofil von der Gruppe der Ungebesserten, Verschlechterten.

Entscheidungsstrategie: Da die statistische Testtheorie nicht symmetrisch ist, lässt sich die Hypothese nicht statistisch adäquat prüfen. Entschieden werden kann immer nur gegen eine positiv definierte Nullhypothese, hier also gegen positiv zu spezifizierende Profilunterschiede zwischen den beiden Gruppen. Abgesehen davon, dass solche spezifischen Unterschiede aus dem Kurt-SCHNEIDER-Konzept nicht ableitbar sind, trifft das nicht die hier aufgestellte Hypothese, in der überhaupt Unterschiede gefordert werden, deren genaue Beschaffenheit offengelassen wird. Statistisch gesehen ist die Hypothese zwar formal verifizierbar, aber nicht falsifizierbar, und damit einer objektiven Kritik unzugänglich. Wenn die Hypothese hier trotzdem im MANOVA-Modell geprüft wird, so in dem Sinn, dass im Fall ihrer Nicht-Verifizierung ein Anhaltspunkt für die mangelnde empirische Stringenz der aufgestellten Behauptung gewonnen wäre.

Die Gruppe der Geheilten/Gebesserten wird der Gruppe der Ungebesserten/Verschlechterten in den 11 bei HYPOTHESE 4 angegebenen Primärpersönlichkeitsmerkmalen gegenübergestellt. Dem Test liegt wieder das Programm MANOVA aus dem System SYS zugrunde, hier für den 2-Gruppen-Fall, bei dem sich das Problem auf das HOTELLINGS-T^2-Modell reduziert.

Ergebnis: In den 11 untersuchten Primärpersönlichkeitsmerkmalen ist keine Unterscheidung der beiden verglichenen Gruppen möglich. Was für die Einzelmerkmale gilt, gilt auch für den summarischen Vergleich der beiden Gruppen über alle 11 Merkmale, der zu keiner Unterscheidung führt.

Damit ist, wie bereits betont, die Hypothese nicht falsifiziert. Auf Schlussfolgerungen muss deshalb verzichtet werden. Immerhin bleibt festzuhalten: Zwischen den 11 untersuchten Primärpersönlichkeitsmerkmalen und einer so elementaren klinischen Grösse wie der Heilungs- oder Besserungschance lässt sich hier kein Zusammenhang finden, den gleichen 11 Mermalen

die in einem deutlichen Zusammenhang zur sozioökonomischen Schicht stehen. Und damit ordnet sich auch diese Untersuchung in den Rahmen der vorliegenden Modellkritik ein.

Ein weiterer zentraler Punkt, der das Schicksal der psychiatrischen Patienten in der Gesellschaft wesentlich bestimmt, ist deren Leistungsfähigkeit im Beruf, insbesondere das Problem ihrer beruflichen Beeinträchtigung. Aus der Kurt-SCHNEIDER'schen Betrachtungsweise psychopathologischer Störungen in der Einteilung "organische Störungen" gegen "abnorme Spielarten seelischen Wesens" leitet sich eine Beeinträchtigung für beide Typen von Störungen ohne weiteres ab. Unabhängig davon ist es sicher plausibel, anzunehmen, dass Abnormität, gleich ob im Sinn somatischer oder psychischer Genese, in einer auf Anpassung beruhenden Arbeitswelt ein Handicap darstellt. Das gilt für den psychiatrischen Akutzustand und abgeschwächt sicher auch für den mittel- oder längerfristigen Residualzustand.
Nun kann in einem psychiatrischen System, dessen Entitäten phänomenologische Zustandsbilder sind, Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit nur als Funktion einer zugeordneten Störung gesehen werden. Danach wäre auszuschliessen, dass im Sinn des Systems neutrale sozioökonomische Grössen einen Einfluss auf die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit haben. Wenn die Bedeutungslosigkeit sozialer Variablen für komplexe Grössen wie die sozioökonomische Schicht gelten soll, so sicher umsomehr für so triviale Grössen wie das Einkommen.
Als Hypothese formuliert ergibt das

HYPOTHESE 6: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem vorklinischen Einkommen und der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit nach Entlassung.
Entscheidungsstrategie: Es muss unterschieden werden zwischen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigung des beruflichen Rangplatzes. Das gleiche Quantum Leistungsminderung stellt sicher für einen hohen beruflichen Rangplatz ein grösseres Risiko dar als für einen unteren beruflichen Rangplatz. oder um im Volksmund zu sprechen: "Wer unten ist, kann nicht mehr tief fallen". Wenn das vorklinische Netto-Einkommen als Index des beruflichen Rangplatzes
genommen wird (Merkmal 28 der Kerndokumentation) und als Index

der Beeinträchtigung dieses Rangplatzes die berufliche Prognose (Merkmal 50 der Kerndokumentation), wäre nach der obigen Hypothese streng genommen zu erwarten, dass ein hohes Einkommen vor Einlieferung in die Klinik mit einem höheren Abstiegsrisiko nach Entlassung verbunden ist als ein niedriges Einkommen. Es entspricht also konservativem Vorgehen, wenn im umgekehrten Fall -niedriges Einkommen bedeutet ein höheres Abstiegsrisiko als höheres Einkommen- für eine Falsifizierung der Hypothese entschieden wird. Die Einkommensklassen werden dichotomisiert in "Einkommen bis DM 800" gegen "Einkommen über DM 800", die Prognoseklassen in "Aufstieg, unverändert, Berufswechsel ohne Abstieg" gegen "Berufswechsel mit Abstieg, berufs- und erwerbsunfähig". Als statistisches Modell dient der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2 - Felder-Fall.
Ergebnis: Der Test ergibt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Netto-Einkommen vor der Einlieferung in die Klinik und beruflicher Prognose nach Entlassung in folgender Richtung:
Patienten mit einem niedrigen Einkommen haben ein höheres Abstiegsrisiko als Patienten mit einem höheren Einkommen.

Welche Erklärungsmöglichkeiten gibt es hierfür?- Wie bisher schon sollen hier gesellschaftskritische Überlegungen ausgeklammert werden -die ja zwangsläufig zu einem andersartigen, medizinsoziologischen Modell der Psychiatrie führen- und eine Erklärung des Kurt- SCHNEIDERschen Modellfehlers im Rahmen des aufgestellten Interaktionskreises versucht werden. Das lässt den Ausweg systemimmanenter Korrekturen im Kurt- SCHNEIDER-Modell unter Rettung "prinzipieller" Lehrsätze. Solche Erklärungen wären:
Block V1: Der Informationsfluss vom Patienten zum Arzt wird durch ein sozioökonomisch bestimmtes Rollenverhalten verfälscht, das für Patienten niedrigen Einkommens phänomenologisch ungünstigeraussieht als für Patienten höherem Einkommens. Oder unspezifischer: Der Patient aus schlechten finanziellen Verhältnissen zeigt in der klinischen Situation -z. B. aus einer grösseren Verunsicherung heraus- im Vergleich zum Patienten aus besseren finanziellen Verhältnissen in der Beziehung zum Arzt ein prognostisch überproportional ungünstiges Verhalten.

Block V2: Der größere soziale Abstand des Arztes zum finanziell schlecht gestellten Patienten im Vergleich zum finanziell besser gestellten Patienten führt zu einer ungünstigeren Deutung und Prognose äquivalenter Bilder, zumal Armut als gesellchaftliches Stigma die Assoziation Elend - Verwahrlosung, also im Sinn von Kurt SCHNEIDER schon beinahe für sich genommen eine psychopathologische Wertung auslöst.
Block V3: Die Qualität der klinischen Benandlung ist für den finanziell schlecht gestellten Patienten schlechter als für den finanziell besser gestellten. Dazu zählen so konkrete Dinge wie Unterbringung, Komfort und die sogenannten kleinen Dinge des persönlichen Bedarfs, mit deren Hilfe sich die spezifisch noxischen Bedingungen einer psychiatrischen Klinik mildern lassen. Der einer schlechteren Behandlung unter schädlicheren Bedingungen ausgesetzte arme Patient hat dann tatsächlich eine schlechtere Rehabilitationschance und damit eine ungüstigere berufliche Prognose.

Schlußfolgerungen:

Am Beispiel von 6 Hypothesen, die durch Operationalisierung in empirisch überprüfbare Aussagen übersetzt wurden, zeigte sich, daß die Konsistenz psychiatrischer Daten im Lichte der zugrundegelegten somatisch-phänomenologischen Psychopathologie nach Kurt SCHNEIDER - wenn überhaupt - nur durch weitreichende Zusatzannahmen gewahrt bleiben kann. Insbesondere erwies es sich als notwendig, die in diesem psychopathologischen Konzept ignorieten sozialen Variablen als bedeutsame Größen in die Überlegungen hineinzunehmen. Die Wirkung dieser Größen setzt an verschiedenen Punkten an, von denen die im dargestellten kybernetischen Interaktionskreis markierten nur eine Auswahl sind. Z.B. sind hier weitere wichtige soziale Determinanten außerhalb der klinischen Situation, die Gegenstand einer Vielzahl von Untersuchungen sind, völlig außer Acht gelassen worden. Die dort gefundenen Ergebnisse werden im Teil 2 dargestellt.(Legt man - jenseits unserer Fragestellung - das Problem sozialer Determinanten in der Psychopathologie noch eine Ebene höher, in eine ethnologische Perspektive, so erhält es eine sozio-kulturelle Dimension, mit der sich die transkulturelle Psychiatrie beschäftigt. Wie weit sich die angeblichen Invarianten der somatisch-phänomenologischen Psychopathologie hier

relativieren, beschreibt E. WULFF (56,58). So stellt er zu den in der SCHNEIDERschen Symptomatik der Schizophrenie zentralen Ich-Störungen fest (56) "Die Ethnopsychiatrie hat den Versuch der deskriptiven Phänomenologie, die Störungen des "Ich-Bewußtseins" zum Mittelpunkt einer Symptomenlehre der Schizophrenie zu machen, inzwischen als ehtnozentrische Illusion enthüllt. BARAHONA-FERNANDES und Mitarbeiter vermißten sie z.B. im schwarzen Afrika völlig. Ich selber habe sie bei meinen etwa 2000 psychiatrischen Patienten in Vietnam kein einziges Mal gesehen." Auch R.D. LAING (34) hält unter ähnlichen Gesichtspunkten den Begriff der Schizophrenie für rein kulturideologisch und meint: "Sie ist ... nichts weiter als die Diffamierung eines Verhaltens oder einer Person, es geht um eine Reihe herabsetzender Bezeichnungen, die eine Person entwerten oder, besser, als unfähig abstempeln, indem man ihrer Erfahrung und ihrem Verhalten jeden Sinn abspricht." T.S.SZASZ treibt die Relativierung noch einen Schritt weiter, indem er von der Analyse der Hysterie ausgehend, die sogenannten Geisteskrankheiten als genuine Formen sozialen Verhaltens erklärt (51)).

Wenn sich die hier angestellten Überlegungen völlig auf das innerklinische Interaktionsfeld beschränken und dabei noch zusätzlich auf Daten, die die wissenschaftsideologische Zensur der beteiligten Psychiater passiert haben, eine Instanz, von der im Sinn des "kognitiven Dissonanzmodells" (17) Konsistenzkorrekturen erwartet werden können, so kommt den gefundenen Ergebnissen eine besondere, kritische Bedeutung zu. Welchen Wert hat ein psychopathologisches Konzept, das bereits in der unmittelbaren Schnittebene zum Objekt, nämlich der Arzt-Patient-Situation, zu so weitreichenden Zusatzannahmen nötigt? - Was passiert einem solchen Konzept erst, wenn das hier untersuchte geschlossene System, in dem die untersuchte Psychiatrie selbst die Untersuchungsdaten bestimmt, verlassen wird? Denn immerhin ist ja wissenschaftstheoretisch betrachtet Konsistenz selbst für völlig inadäquate Modelle denkbar, solange deren Vertreter die Untersuchungsdaten in eigener Hand haben.

Wie immer in Fällen, in denen ein Modell in gewichtigen Punkten Insuffizienz zeigt, stellt sich die Frage, ob es lohnt, durch weitreichende Zusatzannahmen das Modell zu stützen, zumal, wenn diese Zusatzannahmen substanzielle

Axiome des Modells berühren. Nicht nur, daß die Ästhetik eines solchen Modells, seine Einfachheit und Stringenz darunter leidet, ein Modell, dessen Schwächen sich an mehreren wichtigen Punkten zeigen, von denen die bisher dargestellten nur eine Stichprobe sind, büßt allgemein an Plausibilität im Sinn der induktiven Wahrscheinlichkeit ein. Es soll deshalb hier nicht die Aufgabe eines Nicht-Psychiaters sein, Überlegungen zur Verbesserung des Kurt SCHNEIDERschen Modells anzustellen.

Vielmehr soll in Teil 3 anhand einer Kette von Hypothesen gezeigt werden, daß sich - sozusagen auf einer Metaebene jenseits der klassischen Psychiatrie - ein sozioökonomisches Modell der klinischen Situation anbietet, in das sich die hier untersuchten Daten einfügen lassen.

Teil 2: Der Stand der Literatur zum Zusammenhang zwischen sozialen Variablen und psychischen Störungen.

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen sozialen Variablen und psychischen Störungen hat sich zu einem äusserst kontroversen Thema in der psychiatrischen Diskussion entwickelt. Dabei geht es weniger um die Tatsache eines solchen Zusammenhanges, der, wie DOHRENWEND (13) ermittelt, in mindestens 20 Untersuchungen empirisch nachgewiesen worden ist, sondern um seine ätiologische Problematik. Diese Diskussion hat einen anderen Zusammenhang ganz deutlich zutage gefördert, nämlich den zwischen Wissenschaft und Ideologie, der allerdings bei einem Thema von so fundamentaler politischer Bedeutung nicht überraschen sollte. Interessant an der Diskussion ist, wie weit Wissenschaft, insbesondere der empirisch-positivistische Ansatz, objektiv zu einem systemstabilisierenden Instrument werden kann. Über die subjektiven Absichten der Forscher ist damit selbstverständlich nichts gesagt. Das beginnt bereits mit dem Untersuchungs-Konzept: Die Fragestellung wird meist von vornherein weitgehend ihrer sozioökonomisch-politischen Substanz entkleidet und in eine demographische oder sozialökologische Dimension verfremdet. Das Problem pathogener gesellschaftlicher Strukturen mit ihrem Gefälle zwischen sozial Mächtigen und sozial Ohnmächtigen gerät dabei aus dem Blickwinkel und wird zum Problem risikofördernder und risikovermindernder Merkmalskombinationen atomisiert. Infrage gestellt wird dabei beinahe alles: ob es überhaupt soziale Schichten gibt; ob die Unterschicht -vorausgesetzt es gibt sie- überhaupt spezifischen Stress-Faktoren ausgesetzt ist; ob ein erhöhtes psychiatrisches Erkrankungsrisiko bei der Unterschicht -vorausgesetzt es gibt ein solches- nicht doch auf soziale Selektion zurückgeführt werden kann; usw. usw., nur eins nicht, nämlich das gesellschaftliche System, das die untersuchten Strukturen ermöglicht. Besonders Statistik und Versuchsplanung -Fetische der Objektivität- bekommen hierbei eine pervertierte Rolle zugewiesen: Als Entscheidungsinstrument konzipiert, werden sie zu Mitteln zur Verhinderung von Schlussfolgerungen, zur künstlichen Perpetuierung empirischer Ratlosigkeit. Wie das konkret aussieht, soll an einigen Punkten gezeigt werden.

Zunächst die Alternative soziale Selektion gegen soziale Verursachung: Die scheinbare Symmetrie dieser Alternative ist entscheidungstheoretisch nicht haltbar. Hinter sozialer Selektion steht im genetischen Sinn ein Naturereignis, das sich bis auf weiteres einer positiven Manipulation entzieht; soziale Verursachung fällt dagegen in den Bereich menschlicher bzw. gesellschaftlicher Verantwortung mit allen hier verfügbaren Möglichkeiten konstruktiver Veränderung. Das Risiko, irrtümlich für soziale Selektion und gegen soziale Verursachung zu entscheiden, ist also ungleich schwerer zu bewerten als das umgekehrte Risiko, irrtümlich für soziale Verursachung und gegen soziale Selektion zu entscheiden. Konkret ausgedrückt: Die Existenz eines einzigen in bezug auf Schizophrenie diskordanten Zwillingspaares ist entscheidungstheoretisch hinreichend, mit Nachdruck den Möglichkeiten sozialer Verursachung nachzugehen. Nun liegen selbst die kühnsten, mit Hilfe einer fragwürdigen WEINBERG-Korrektur berechneten Konkordanzschätzungen bei 86% (28), in realistischeren Berechnungen sinkt diese Schätzung bis auf 17% (21) , worin der Anteil identischer Umweltbedingungen noch nicht berücksichtigt ist.

Ein anderer Punkt ist das Problem des kritischen Experiments: Ein solches Experiment zur Entscheidung zwischen sozialer Selektion und sozialer Verursachung kann es -bei Konstanthalten der Versuchsbedingungen, d.h. der sozioökonomischen Situation- nicht geben. Die unbekannte Richtung eines fixierten Prozesses lässt sich nicht dadurch klären, dass über sie irgendetwas vorausgesetzt wird, also z.B., wie in den Untersuchungen zur sozialen Mobilität, dass soziales Absinken in der Anamnese psychisch Gestörter für die Annahme der sozialen Selektion spricht (15 , 20); oder dass es gegen die Annahme sozialer Verursachung spricht, wenn wie in DOHRENWENDs (13) Design, bei Negern der Unterschicht eine geringere Quote psychischer Störungen gefunden wird als bei Weissen dieser Schicht. Mit gleicher Plausibilität kann im ersten Fall behauptet werden, dass -im Sinn der Familientheorie psychischer Störungen- gerade das Erlebnis sozialen Abstiegs, aus welchem Anlass auch immer, sich in einer psychischen Störung manifestiert; und im zweiten Fall, dass die Neger -im Sinn der Rollentheorie psychischer Störungen- im Lauf ihrer jahrhundertealten Unterdrükkung andere Verhaltenstechniken entwickelt haben als die psychiatrisch klassifizierbarer Abweichung.

Ein sehr einfaches kritisches Experiment würde sich allerdings ergeben, wenn einmal die Versuchsbedingungen statt die Versuchspersonen variiert würden, also nicht länger der Benachteiligte mit weniger Benachteiligten verglichen würde, sondern die Benachteiligungen beseitigt würden: Der Einfluss auf die psychische Gesundheit der Betroffenen wäre ohne Schwierigkeit nachzuprüfen. (Aus der Tatsache, dass dieses "Experiment" bis heute nicht ernsthaft ins Auge gefasst worden ist, kann geschlossen werden, dass es sich um ein wirklich "kritisches Experiment" handelt.)

Vor der Darstellung der Ergebnisse soll noch ein weiterer Punkt, mit besonderer Relevanz für Teil 3, behandelt werden, nämlich das Problem der Parallelisierung von Stichproben: Die aus dem experimentellen Paradigma der isolierten Variation abgeleitete Forderung einer möglichst perfekten Parallelisierung von Stichproben kann, unbesehen auf die psychiatrische Feldforschung übertragen, zu missverständlichen Schlussfolgerungen führen. Während im Laborexperiment Parallelisierung eine Notwendigkeit ist, um Abhängigkeiten zwischen Versuchsperson und zugeordneten Versuchsbedingungen als unkontrollierte Variationsquelle auszuschliessen, tritt in der Feldforschung mit ihrer Identität von Versuchsperson und Versuchsbedingung ein derartiges Problem überhaupt nicht auf. Nicht nur das: eine"Parallelisierung" von Stichproben, z.B. von sozialen Schichten nach ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Konfession usw., wie in einigen Studien zu der hier diskutierten Frage durchgeführt oder vorgeschlagen, bedeutet einen unabsehbaren Eingriff in die Versuchsbedingung selbst und damit in die gemessene abhängige Variable. Das kann im Extremfall dazu führen, dass tatsächlich vorhandene Zusammenhänge, z.B. zwischen sozioökonomischer Situation und psychischer Gesundheit "hinwegparallelisiert" werden.

Bei der folgenden Darstellung sollen grob 3 Typen von Untersuchungen unterschieden werden:
Epidemiologische Untersuchungen
Untersuchungen zu den Lebensbedingungen der Unterschicht
Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Veränderungen der Lebensbedingungen und psychischer Gesundheit

Epidemiologische Untersuchungen

Hinweise zur Bedeutung sozialer Variablen für die Epidemiologie psychischer Störungen gibt es seit langem. So stellt JARVIS bereits im Jahr 1856 fest, dass nach seinen Beobachtungen in Massachusetts

die Quote der "Geisteskranken" in der "Klasse der Armen" 64 mal so hoch ist wie in der "Klasse der Unabhängigen" (zitiert nach (13
Eine der ersten grossen systematischen Studien zu diesem Problemkomplex ist die Untersuchung von R.E.L.FARIS und H.W.DUNHAM (16) zur räumlichen Verteilung von psychiatrischen Erkrankungen in einer Grosstadt. Die in Chicago durchgeführte Untersuchung erfasst alle Neuaufnahmen in psychiatrische Kliniken der Jahre 1922-1934. Untersuchungskriterium war somit -um in der epidemiologischen Terminologie zu sprechen- die behandelte Inzidenzrate (treated incidence). Wie die Zuordnung der 28713 in die Analyse eingehenden Patienten zu ihrer geographischen Herkunft ergab, ist das psychiatrische Erkrankungsrisiko nicht gleichmässig über die verschiedenen Grosstadtzonen verteilt, sondern nimmt systematisch von der Peripherie mit ihren vergleichsweise gutintegrierten Wohngebieten zu den desintegrierten Zonen und Slums des Zentrums hin zu. Das Ergebnis, von seiner biologisch-ökologischen Perspektive auf die in ihr verschlüsselte sozioökonomische Dimension zurückgeführt, besagt, dass das psychiatrische Erkrankungsrisiko mit ungünstiger werdenden sozialen Bedingungen zunimmt. Dieser Zusammenhang gilt besonders deutlich für die Schizophrenie.
Eine erste umfangreiche Untersuchung, die sich explizit und systematisch mit der Bedeutung sozialer Schichtung für die Epidemiologie psychischer Störungen beschäftigt, ist die New-Haven-Studie von A.B.HOLLINGSHEAD und F.C.REDLICH (23). Erfasst wurden in diese Studie psychiatrische Patienten im Raum New-Haven, die in einem bestimmten Zeitraum (31.5.1950-1.12.1950) in staatlichen oder privaten Einrichtungen stationär oder ambulant behandelt wurden. Epidemiologisches Kriterium ist somit hier die sogenannte Strecken-Prävalenz. Für die 1891 Patienten dieser Zählung und eine Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung von New-Haven (12017 Fälle) wurde auf der Basis der Merkmale Beruf, Ausbildung und Wohnsitz ein "Index of Social Position" berechnet, der die Zuordnung jedes Falls zu einer von 5 Schichten ermöglichte. Wie die Aufschlüssel- und der Ergebnisse zeigte, gibt es bei den psychischen Störungen deutliche Unterschiede zwischen den Schichten, und zwar sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht. Im einzelnen finden die Autoren:

(1) eine deutliche Zunahme in der Quote psychischer Störungen von Schicht I (Unternehmer, Spitzeneinkommen usw.) zu Schicht (ungelernte Arbeiter, Slumbewohner usw.);
(2) bei einer Grobeinteilung der psychischen Störungen in "Neurose gegen "Psychosen" von Schicht I zu Schicht V eine deutliche

Abnahme von Neurosen zugunsten einer Zunahme von Psychosen;
(3) bei den Behandlungsformen eine deutliche Abnahme der Psychotherapie von Schicht I zu Schicht V zugunsten einer Zunahme von "organischer" Therapie oder einfacher Verwahrung.

Alles zusammengefasst ergibt die Studie einen deutlichen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation auf der einen Seite sowie Umfang, Art und Behandlung von psychischen Störungen auf der anderen.

Eine weitere Untersuchung zur Epidemiologie von psychischen Störungen in jüngerer Zeit ist die von L.SROLE et al. (49). Im Unterschied zu den beiden vorgenannten Studien sollte in dieser Untersuchung nicht nur differentielle sozioökonomische Aspekte der psychisch Gestörten im Vergleich zur Normalpopulation ermittelt werden, sondern sie versucht, über die Stichprobe der behandelten Fälle hinaus, einen "Total"-Einblick in die Morbiditätsverteilung zu gewinnen. Die Studie geht von einer Zufallsstichprobe des Stadtteils Midtown-Manhattan/New-York aus. Untersucht wurde der psychische Gesundheitszustand der darin erfassten 1660 Personen zu einem bestimmten Stichtag (1.5.1953). Epidemiologisches Kriterium ist somit hier die "wahre" Stichtags-Prävalenz. Im Mittelpunkt auch dieser Studie steht der Zusammenhang zwischen psychischem Gesundheitszustand und sozioökonomischer Situation. Was im Rahmen der hier behandelten Fragestellung von besonderer Bedeutung ist, ist die Tatsache, dass in dieser Untersuchung der Grad psychischer Störung nicht nur in einer engen Abhängigkeit zur eigenen sozioökonomischen Situation stand, sondern dass eine ebensolche wenn auch schwächere Abhängigkeit von der sozioökonomischen Situation der Eltern gefunden wurde. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse auch hier wieder eine deutliche inverse Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Häufigkeit bzw. Schwere psychischer Störungen.

Die dargestellten 3 Arbeiten sind nur eine Stichprobe aus einer nur noch schwer überblickbaren Vielzahl ähnlicher Untersuchungen zur Sozialepidemiologie psychischer Störungen. Wie ein vorläufiger Überblick zeigt, zu dem DOHRENWEND (13) 25 dieser Studien auswertet, führen sie beinahe durchgehend, bis auf wenige methodisch ungeklärte Ausnahmen, auf ein gemeinsames Ergebnis: eine Häufung psychischer Störungen in der Unterschicht. Die empirische Evidenz für einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und psychischen Störungen kann deshalb aus epidemiologischer Sicht als eindeutig gewertet werden.

Untersuchungen zu den Lebensbedingungen der Unterschicht

Als die Häufung psychischer Störungen bei der sozioökonomischen Unterschicht zu einem immer weniger bezweifelten Faktum der empirisch-positivistischen Forschung geworden war, zögerte dieselbe nicht, in der ihr eigenen formalen Konsequenz die Lebensbedingungen der Unterschicht selbst einer positivistischen Analyse zu unterziehen. Eine solche Analyse enthält zwangsläufig tautologische Elemente, versucht sie doch, die per definitionem bereits gegebene Kennzeichnung der Unterschicht-Situation im nachhinein empirisch zu verifizieren und riskiert ausserdem, die allgemeinen sozioökonomischen Hintergründe des Unterschicht-Schicksals durch punktuelle Operationalisierungen aufzulösen. Die Ergebnisse, die auf diesem Weg gefunden wurden, sind bei DOHRENWEND (13) zusammengestellt und im folgenden ausschnittweise zitiert. An spezifischen'Benachteiligungen'wurde bei der Unterschicht gefunden:

(1) Kürzere Lebenserwartung (MAYER&HAUSER, 1950/ MORIYAMA& GURALNICK, 1956/ TUCKMAN,YOUNGMAN&KREIZMAN, 1965)
(2) Häufiger zerrüttete Ehen (BERNARD 1966/ HOLLINGSHEAD 1953/ UDRY 1966)
(3) Häufiger Krankheiten, u.a. Krebs (PALOUCEK&ORAHAM, 1966)
(4) Mehr Unfälle bei Erwachsenen und Kindern (HADDON,VALIEN, McCAROLL&UMBERGER, 1964)
(5) Insbesondere bei Negern höhere Arbeitslosigkeit (SHANAHAN 1966)
(6) Schlechtere ärztliche Versorgung (LANGNER 1966/ MARDEN 1966)
(7) Schlechtere Wohnungen (DOHRENWEND 1961)

Hier soll abgebrochen werden. Sicher treffen diese 7 Punkte das Schicksal dieser Schicht nicht zentral, aber immerhin geben auch sie bereits Hinweise, welche ätiologischen Faktoren in den Lebensbedingungen der Unterschicht für das gehäufte Auftreten von psychischen Störungen verantwortlich sein könnten.

Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Veränderungen der Lebensbedingungen und psychischen Störungen

Eine grundlegende Verbesserung der Lebensbedingungen für die Unterschicht im Sinn des weiter oben vorgeschlagenen kritischen "Experiments" ist zunächst weniger eine wissenschaftliche als eine politische Aufgabe. Solange eine solche systematische Veränderung der Lebensbedingungen fehlt, kann die empirische Wissenschaft die gestellte Frage nur anhand von sozusagen natürlichen, unsystematischen Veränderungen zu klären versuchen. Der Möglichkeit von Schlussfolgerungen sind hierbei allerdings von vornherein

Grenzen gesetzt, denn dieser Typ von Veränderungen betrifft meist nur Einzelereignisse oder Einzelschicksale und erfaßt in keinem Fall die strukturelle Qualität, die das Schichtensystem in unserer Gesellschaft kennzeichnet. Immerhin können solche Untersuchungen andeuten, in welchem Ausmaß spezifische Lebensbedingungen für die Entwicklung psychischer Störungen verantwortlich sein können.

Eine planvolle Studie hierzu gibt es von DOHRENWEND (13). Eine Stichprobe von 151 Personen wurde zweimal in zeitlichem Abstand nach Symptomen psychischer Störungen untersucht. Dabei sollte geprüft werden, inwieweit sich das Ausmaß psychischer Störungen vom ersten zum zweiten Zeitpunkt in Abhängigkeit von inzwischen stattgefundenen günstigen oder ungünstigen Ereignissen verändert hat. Wie die weitgehend operationalisierte Untersuchung ergibt, führen günstige bzw. ungünstige Ereignisse zu einer deutlichen Abnahme bzw. Zunahme psychischer Störungen. Ähnlich berichtet I.L.JANIS (26) über eine deutliche Zunahme von psychischen Störungen als Reaktion der Zivilbevölkerung auf Bombenangriffe. Eine eminente ätiologische Bedeutung für die psychischen Störungen der Unterschicht haben, wie eine Reihe von Untersuchungen zeigt, die Bedingungen am Arbeitsplatz. So fanden schon 1933 M.JAHODA und P.F.LAZARSFELD (25) in einer Untersuchung über die Arbeitslosen von Marienthal deutliche psychische Beeinträchtigungen, die sich als Apathie, Resignation und Verzweiflung äußerten. M.H. BRENNER's (6) Ergebnis, der in seiner Auswertung des Zeitraums 1910 bis 1960 eine Zunahme von Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser in Zeiten ökonomischer Krisen feststellt, liegt in der gleichen Richtung. Daß Arbeitslosigkeit oder die Angst vor dieser nicht nur in Zeiten massiver Wirtschaftskrisen die psychische Gesundheit der Unterschicht bedroht, zeigen neuere Untersuchungen von J.K.MYERS und B.H.ROBERTS (44) in den USA sowie von J.GADOUREK (18) in den Niederlanden, die beide eine positive Beziehung zwischen der Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren und

psychischen Störungen feststellen. Aus neueren amerikanischen Untersuchungen, nach denen für den dortigen Arbeiter der "Grad der Gewissheit und Zuversicht in den morgigen Tag (security)" das entscheidende Kriterium für die Wahl des Arbeitsplatzes ist (zitiert nach (48)), lässt sich schliessen, dass Arbeitslosigkeit für die Unterschicht die Bedeutung einer generellen existentiellen Bedrohung hat. In der oben zitierten Untersuchung findet GADOUREK, der 2209 Arbeiter aus 21 niederländischen Betrieben befragte, ausserdem einen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen auf der einen Seite und mangelndem Prestige der ausgeübten Arbeit sowie dem Umstand, bei dieser überwacht zu werden, auf der anderen. In einer anderen Studie an 300 niederländischen Arbeitern stellt A. de VEER (54) eine Zunahme psychischer Störungen bei Tätigkeiten fest, die monoton sind und den Arbeiter einengen. Eine ähnliche Zunahme psychischer Störungen bei sinkender Qualifikation der ausgeübten Arbeit findet A.KORNHAEUSER (33).

Die Untersuchungen zeigen alle miteinander deutlich, wie stark geplante oder ungeplante Manipulationen von Lebens- oder Arbeitsbedingungen die psychische Gesundheit der Betroffenen beeinflussen können. Folgende Frage stellt sich angesichts dieser Ergebnisse: Wenn bereits vergleichsweise geringfügige Veränderungen, die die grundsätzliche Situation der Unterschicht nicht berühren, einen erkennbaren Einfluss auf deren psychische Gesundheit haben, wie mögen sich erst Änderungen auswirken, die die Diskriminationen des Schichtensystems aufheben?

Die empirische Evidenz unter den drei dargestellten Forschungsaspekten berechtigt dazu, in den weiteren Überlegungen von einer primären Bedeutung sozialer Variablen für die Ätiologie psychischer Störungen auszugehen.

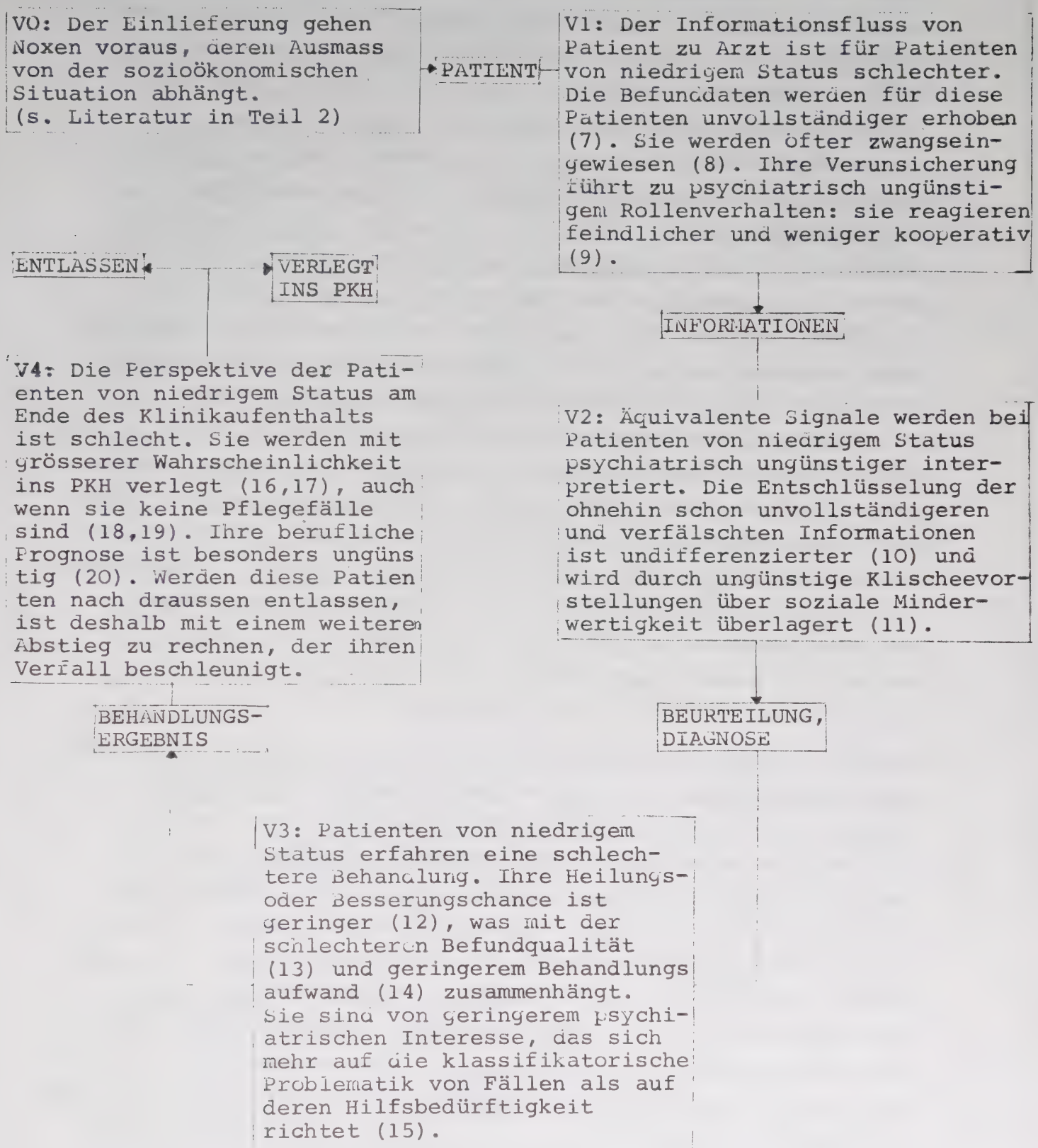
Teil 3: Ein sozioökonomisches Modell der klinischen Psychiatrie

Der Einfluß sozioökonomischer Variablen auf den sogenannten psychiatrischen Befund ist in den Ausführungen zu Teil 1 hinreichend nachgewiesen. Die generelle Bedeutung solcher Variablen für die Ätiologie psychiatrischer Bilder ist ebenso nachgewiesen und Gegenstand einer Vielzahl von Untersuchungen. Im Mittelpunkt solcher Untersuchungen steht allerdings fast immer die Frage nach der Relevanz sozioökonomischer Größen für Pathogenese und Pathoplastik psychiatrischer Störungen. Zur Klärung dieses im wesentlichen epidemiologischen Problems wurden außerhalb der Klinik in der Bevölkerung umfangreiche Stichprobenanalysen durchgeführt, von denen einige in Teil2 dargestellt worden sind. Diese Analysen, denen verschiedenste sozioökonomische Variablen zugrunde lagen, führten beinahe einheitlich auf ein Ergebnis: Die Häufigkeit psychiatrischer Störungen - zunächst rein operational definiert - wächst mit abnehmendem sozialen Status. Die Erklärungen für diesen Tatbestand sind unterschiedlich: Sie reichen vom biologistischen Darwinismus bis zur sozialistischen Gesellschaftskritik. Die Rolle der psychiatrischen Klinik oder generell der Institution Psychiatrie in diesem Zusammenhang wurde dabei nur am Rande berührt und blieb im wesentlichen offen: Ist die Psychiatrie, womit hier die in unserem Bereich vorherrschende Kurt-SCHNEIDER-Schule gemeint ist, gemäß ihrem Selbstverständnis tatsächlich nur eine helfende und heilende Instanz, die im wesentlichen medizinische Dienstleistung erbringt, wie andere medizinische Fächer auch, oder produziert sie, wie auf der anderen Seite behauptet wird, überhaupt erst die Fälle, die die klassische psychiatrische Kasuistik füllen? Auf den sozioökonomischen Status angewendet: Ist die psychiatrische Klinik tatsächlich die soziologisch neutrale Instanz, die jedem, auch dem "armen" Patienten, gleiche Hilfe und gleiche Heilungschancen anbietet, oder macht sie überhaupt erst aus einem dekompensierten armen Patienten einen irreversiblen psychiatrischen Fall und damit, wie E. WULFF (47) meint,die bi-personale Arzt-Patient-Beziehung, von der das hippokratische Selbstverständnis der Psychiatrie lebt, zu einer Fiktion, die sich bestenfalls bei einem entsprechenden ökonomischen Status

des Patienten realisieren läßt? Etwa in der Mitte davon stünde die Frage, in welchem Maß die psychiatrische Klinik sozioökonomische Strukturen unserer Gesellschaft reproduziert oder wie weit in ihr eine Verschärfung oder Milderung solcher Strukturen stattfindet. Oder funktional: Ist die Rolle, die die psychiatrische Klinik für den Patienten eines niedrigen sozialen Status spielt, komplementär zu der, die die gesellschaftlichen Verhältnisse für den gleichen Patienten außerhalb der Klinik spielen - ein Gedanke, zu dem die institutionelle Rolle der Psychiatrie in der Gesellschaft anregt. Diese Rolle manifestiert sich für F.BASAGLIA (1) "besonders deutlich in der ursprünglichen Verbindung zwischen Psychiatrie und Justiz. Der Psychiater ist in der Ausübung seines beruflichen Mandats gleichzeitig Arzt und Sachwalter der "Ordnung", denn er vertritt mit seinem angeblich therapeutischen Eingriff sowohl die medizinische als auch die strafrechtliche Ideologie des Sozialgefüges, dessen verlängerter Arm er ist ... Abweichung trägt immer noch das Stigma des Krankhaften und des Kriminellen." BASAGLIA nennt als Protagonist dieser psychiatrischen Ordnungsrolle LOMBROSO (39), dessen Einstufung psychisch "Abnormer" als "Gesellschaftsfeinde" noch immer den sozialen Standort der Psychiatrie markiert. Mit der hier angesprochenen Verquickung von Psychiatrie und Justiz beschäftigt sich ausführlich T. MOSER (43).

BASAGLIA's Bild vom verlängerten Arm ist hier durchaus grundsätzlich gemeint: Die Psychiatrie bietet den Inhabern der politisch-ökonomischen Macht, deren Kontrollkompetenz im Prinzip auf justitiable Abweichungen beschränkt ist, den ideologischen Apparat, zur Kontrolle sozialer, insbesondere sozioökonomischer Abweichungen, sie eröffnet die Dimension der "totalen sozialen Kontrolle" (1). Nach J.RUESCH(45) definiert sich die davon betroffene Klasse der Abweichenden nach einfachen ökonomischen Kriterien: Zu ihr gehören alle die, die sich außerhalb des Kreises der "Beteiligten" befinden, die am politisch-ökonomischen Kräftespiel entweder aktiv (als Machtausübende) oder passiv (als Konsumenten) mitwirken.

Nach R.D.LAING (34) gibt es für die Randgruppe einen wohldefinierten Freiraum. Die Abweichenden, d.h. die sozial



Das sozioökonomische Modell der Klinischen Psychiatrie als Interaktionskreis. (Die in Klammern stehenden Zahlen geben die Nummern der untersuchten Hypothesen an.)

Abb. 2

Minderwertigen, werden solange toleriert, wie sie das gesellschaftliche Normensystem nicht ernsthaft in Frage stellen, solange sie sich darauf beschränken "durch Wiesen voller Blumen zu wandern, zu tanzen, sich zu lieben - denn das alles hat überhaupt keine Bedeutung". Radikalisiert sich diese Abweichung der Nutzlosen (oder "hinsichtlich Besitz, Anpassung und psychischer Gesundheit" Unvernünftigen (12)) allerdings zu einer bedrohlichen Negation der Normen mit psychopathologisch faßbarer Symptomatik, so ist der Zeitpunkt der psychiatrischen Isolierung gekommen, oder, wie K. DÖRNER (10) es formuliert "der Demarkierung und Ausgrenzung unerwünschter, weil systemüberschreitender Elemente". (D.COOPER (9) und F.BASAGLIA (2) wollen diese Rolle der institutionellen Psychiatrie als Herrschaftsinstrument an der Seite der politisch-ökonomisch Mächtigen dialektisch umkehren, indem sie eine "Antipsychiatrie" postulieren, die sich von ihrer normativen Kontrollfunktion befreit und sich radikal auf die Seite der "Ausgeschlossenen " stellt.) Angesichts solcher und ähnlicher Analysen ist es sicher naheliegend, an eine komplementäre Beziehung zwischen der Situation der sozial Schwachen in der Gesellschaft und ihrer Situation in der psychiatrischen Klinik zu denken.

Damit ist der Ansatzpunkt der folgenden Überlegungen umrissen. Dem komplementären Aspekt entspricht die komplementäre Ausgangsbasis der Untersuchung: Es geht nicht darum, welchen Einfluß ein unterschiedliches soziales Schicksal auf das psychiatrische Erkrankungsrisiko hat, sondern welchen Einfluß, die psychiatrische Erkrankung bereits gegeben, unterschiedliche sozioökonomische Daten auf das weitere Schicksal haben. Um diese beiden ineinandergreifenden Ebenen zu charakterisieren, soll der kybernetische Interaktionskreis aus Teil 1 um seine Außenbezüge erweitert werden. Die aus dem darzustellenden Modell folgenden Wirkungsgrößen sind in die entsprechenden Einflußblöcke eingetragen. Der Kreis wird dadurch zu einem chronologischen Ablauf konkretisiert (Abb. 2).

Zu den bisher behandelten Blöcken V1 bis V3 sind die Blöcke V0 - für das vorklinische Schicksal des Patienten- sowie V4 - für das Schicksal nach Verlassen der Klinik - hinzugekommen. Der so ergänzte Kreis stellt, zunächst rein technisch, ein

kybernetisches System mit positiver Rückkopplung dar. Negative sozioökonomische Abweichungen - das sind solche nach unten - werden, wenn noxische Einflüsse erst einmal zur Dekompensation geführt haben, also in den Kreis hinein, sukzessive verstärkt. Am Ausgang des Kreises steht entweder das Psychiatrische Krankenhaus (PKH), kybernetisch betrachtet sozusagen ein irreversibler Status (eine Kennzeichnung, die die Psychiatrie wenn auch weniger technisch, bestätigt, z.B. J.E.MEYER: "Jede nicht nur kurzfristige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus führt zur sozialen Isolierung, welche die Rückkehr in die Sozietät erschwert oder sie ganz unmöglich macht" (40)), oder der Wiedereintritt in ein soziales Schicksal, das noch stärker belastet ist als zu Beginn des Prozesses. Der nach draußen entlassene Patient des unteren sozialen Status befindet sich in der oft zitierten Drehtürsituation: Das Risiko der Wiederaufnahme nimmt nach jedem Durchlauf zu. Wovon es abhängt, wieviele Runden durch diese Drehtür er übersteht, ehe er als chronischer Fall nach rechts ins PKH abzweigt, kann hier nicht näher untersucht werden. Es ist zu vermuten, daß hier allgemeine Faktoren wie Konstitution und spezielle Faktoren wie Anpssungsfähigkeit eine Rolle spielen. (s.auch19)

Das Modell enthält eine Anzahl operationalisierbarer Aussagen, die empirisch überprüft werden können. Dabei wird auch hier wieder von den zur Verfügung stehenden psychiatrischen Befunddaten ausgegangen, Daten, die sicher eher den ideologischen Standort der sich in ihnen artikulierenden Psychiatrie

als dem des hier eingeführten Modells ausgesetzt sind. Diese unter fehlertheoretischen Gesichtspunkten konservative Basis bringt es mit sich, dass einige interessante Aspekte des Modells nur grob oder indirekt zugänglich sind. So bleiben z. B. Einzelheiten der Arzt-Patient Kommunikation oder der "Behandlung" im weitesten Sinn bei der vorliegenden Befunddokumentation im dunkeln. Es kommt also -wie übrigens bei jeder Modellanalyse- darauf an, eine Anzahl wichtiger und empirisch zugängliche Modellpunkte zu prüfen, zwischen denen dann interpoliert werden kann. Im folgenden werden die einzelnen Blöcke des Modells untersucht. Für jede Block sind anhand gegebener Daten nachprüfbare Aussagen abzuleiten, die sich in Form statistischer Hypothesen verifizieren oder falsifizieren lassen. Da, wie früher schon ausgeführt, in der Statistik i. a. nur negativ gegen eine Nullhypothese entschieden werden kann, gilt im weiteren eine Modellaussage immer dann als verifiziert, wenn ihre Negation, die Nullhypothese falsifiziert ist und zwar in der behaupteten Richtung. Es ist deshalb nötig, die Überprüfung eines Modellpunktes in folgende Schritte zu zerlegen:

(1) Operationalisierung einer Modellaussage zu einer an den vorhandenen Daten prüfbaren Hypothese.
(2) Negierung der Hypothese zur Nullhypothese.
(3) Definition einer statistischen Strategie zur Entscheidung über die Nullhypothese.
(4) Durchführung der Entscheidung. Mit Falsifizierung der Nullhypothese in Richtung auf die Behauptung, und nur dann, gilt die eigentliche Modellhypothese als verifiziert.

Block V0.

Block V0 beschreibt die Relevanz der sozioökonomischen Lebenssituation für psychiatrische Erkrankungen. Die spezifische Konstellation pathogenetischer Einflüsse für Angehörige des unteren sozioökonomischen Status führt zur besonderen psychiatrischen Gefährdung dieser Gruppe. Das vorklinische Schicksal dieser Gruppe als Vorfeld ihres klinischen Schicksals bildet einen wichtigen Teil des dargestellten Gesamtsystems. Die in diesen Block gehörenden empirischen Ergebnisse sind in der unter Teil 2 dargestellten Literatur enthalten.

Block V1.

Block V1 beschreibt das unterschiedliche Ausmass ungünstiger bzw. verfälschender Einflüsse bei der Informationsgewinnung, denen Patienten von unterschiedlichem sozioökonomischen Status ausgesetzt sind.

Eine optimale Behandlung setzt eine intensive Beschäftigung mit dem Patienten voraus. Dazu gehört ein möglichst lückenloser Informationsfluss, also eine vollständige Datenerhebung.

Hierauf bezieht sich

HYPOTHESE 7: Es wird behauptet, dass der psychiatrische Befund für Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status weniger vollständig ist als für Patienten von höherem Status.

(1) Operationalisierung: Der Befund, wie er sich im hier gegebenen Kerndokumentationsbogen darstellt, enthält eine Liste festgelegter Fragen. Die Vollständigkeit ist somit leicht nachprüfbar. Es ist sinnvoll, sich dabei auf Punkte zu konzentrieren, die über rein statistische Angaben hinausgehen und hinter denen ein spezifisch psychiatrischer Aufwand steht. Dazu eignet sich der für die psychiatrische Beurteilung wichtige psychische Status vor Beginn der Auffälligkeit. Hierzu werden die mit den folgenden Nummern bezeichneten Primärpersönlichkeitsmerkmale ausgewählt:3502 3601 3602 3701 3702 3703 3704 3801 3802 3803 3804 3805. Als krasses Extrem wird der Fall "Keine Angabe in allen 12 Merkmalen" dem Fall "Angaben in mindestens einem der 12 Merkmale" gegenübergestellt. Als sozioökonomische Einteilung wird die bereits definierte Schichtung in Ober- (O), Mittel-(M), Unter-(U) Schicht benutzt. Die Hypothese heisst dann konkret: Die Wahrscheinlichkeit, in keinem der 12 gegebenen Primärpersönlichkeitsmerkmale eine Angabe zu haben, wächst von O- zu M- zu U-Schicht.

(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit, in keinem der gegebenen Primärpersönlichkeitsmerkmale eine Angabe zu haben, ist für O-, M- und U-Schicht identisch.

(3) Statistische Strategie: Zur Entscheidung wird der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 3-Felder-Fall, herangezogen.

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Die 3 Schichten haben eine unterschiedliche, von O- zu M- zu U-Schicht wachsende Wahrscheinlichkeit, in keinem der 12 Merkmale eine Angabe zu haben.

Eine optimale Behandlung setzt weiterhin eine repressionsfreie , möglichst kooperative Arzt-Patient-Beziehung voraus. Der Extremfall der Repression ist die Zwangseinweisung. Die traumatisierende Erfahrung der psychiatrischen Klinik als totale Institution ist in nichts so unmittelbar und symbolhaft gegeben wie in ihr oder wie es G.BOSCH (5) mit einigem Understatement ausdrückt: "eine Zwangseinweisung ist eine schlechte Behandlungsbasis".Angesichts einer Einweisungspraxis, von der G.BOSCH an gleicher Stelle meint:"Die in den psychiatrischen Einweisungsgutachten so oft beschworene Uneinsichtigkeit des Patienten ... stellt ein Konglomerat von Vorurteilen und Urteilen dar", ist an diesen Punkt zu denken, wenn von der im Modell behaupteten unterschiedlichen Perspektive die Rede ist, in der Patienten von unterschiedlichem soziökonomischen Status die Arzt-Patient-Situation erleben. Daran knüpft an HYPOTHESE 8: Es wird behauptet, daß Patienten von niedrigerem sozioökonomischen Status mit höherer Wahrscheinlichkeit zwangseingewiesen werden als Patienten mit höherem Status.

(1) Operationalisierung: In Merkmal 22 der Kerndokumentation wird Zwangseinweisung abgefragt. Daraus lassen sich die Alternativen "Zwangseinweisung" gegen "keine Zwangseinweisung" bilden. (Aus datenverarbeitungstechnischen Gründen wird hier die Antwort (1) den Antworten (2) bis (6) gegenübergestellt, was sich aber für den hier gegebenen Fall erster psychiatrischer Behandlung auf die gewünschte Fragestellung reduziert.) Als sozioökonomische Einteilung wird die Schichtung in O-,M- und U-Schicht benutzt. Damit heißt die konkrete Hypothese: Die Wahrscheinlichkeit, auf dem Weg der Zwangseinweisung in die Klinik zu gelangen, wächst von O- zu M- zu U-Schicht.

(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit, auf dem Weg der Zwangseinweisung in die Klinik zu gelangen, ist für O-, M- und U-Schicht identisch.

(3) Statistische Strategie: Für die Entscheidung eignet sich der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 3 -Felder-Fall.

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Die 3 Schichten haben eine unterschiedliche, von O- über M- zu U-Schicht wachsende Wahrscheinlichkeit, durch Zwangseinweisung in die Klinik zu gelangen. (Das entspricht im übrigen BOSCH's (4) Beobachtung, der dazu feststellt "dass für solche Zwangseinweisungen

keineswegs eine klar objektivierbare und sozusagen messbare Selbst- oder Fremdgefährdung entscheidend ist, sondern dass deren Konstatierung...in einem ganz ungewöhnlichen Ausmass durch Sozialfaktoren relativiert wird.")

Einen weiteren Zugang zum Problem der ungünstigeren Ausgangsposition, in der sich Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status in der Klinik vorfinden, gibt der Psychopathiebegriff. Die unerschöpflichen Kataloge klassifikatorisch unscharfer Psychopathietypen sind selbst von der klassischen Psychiatrie als fragwürdig erkannt worden, u.a. weil sie ein ideales Projektionsfeld subjektiver Vorurteile sowie relativer soziologischer Normen sind. Wie weit diese "Normopathie" geht, führt E.WULFF (59) aus: "Weder schwerblütig noch heiter, weder skrupellos noch leichtherzig, weder gleichmütig noch temperamentvoll darf man sein, ohne in Gefahr zu geraten, den depressiven oder hyperthymischen, den sensitiven oder willenlosen, den gefühlsarmen oder explosiblen Psychopathen zugeschlagen zu werden." Immerhin weist selbst Kurt SCHNEIDER auf die Etikettierfunktion der Psychopathie-Typen hin und er räumt ein: "Tatsächlich ist die Kritik an den Psychopathentypen ... in mancher Hinsicht im Recht." (47). Da selbst besser fundierte Typologien als die der Psychopathien in ihrem wissenschaftlichen Wert bezweifelt werden, wäre es müssig, sich hier mit diesem Problem auseinanderzusetzen (z.B. stellt R.TÖLLE (52) in einer katamnestischen Untersuchung fest, daß ca. 60% seiner "psychopathischen" Patienten in bis zu 27 Jahren Beobachtungszeit keinen Rückfall erlitten, ihr Psychopathenetikett also auf eine einmalige Auffälligkeit zurückgeht). Vielmehr soll hier a priori der Psychopathiebegriff als Rationalisierungsmöglichkeit sozialer Wertung behandelt werden. Der hier besonders relevante sozioökonomische Aspekt des Psychopathiebegriffs, der im Angelsächsischen zum Begriff "Soziopathie" führt, wird von J.L.A.KOCH (32) getroffen, wenn er von "psychopathischen Minderwertigkeiten" spricht, oder noch deutlicher von G. KLOOS (39), wenn er sagt "Es handelt sich stets um eine ungünstige Andersartigkeit des Wesens, welche die Lebenstüchtigkeit, Anpassungsfähigkeit und Brauchbarkeit des Betroffenen vermindert." Sicher passt es zu dieser Definition, wenn sich Psychopathiekataloge oft wie Negativkataloge des "gesunden Volksempfindens" lesen, in denen neben dem "Gesellschaftsfeind" (BLEULER,BUMKE,KRAEPELIN,TÖBBEN) der "sittlich Minderwertige"(TÖBBEN), neben dem "Versager" und "Störer" (WOLLENBERG) der "Dienstverweigerer" (ASCHAFFENBURG)

und "aktive Reformer" (TRAMER) steht, biologistisch gekrönt vom "geborenen Landstreicher", "geborenen Verbrecher" und der "geborenen Prostituierten" (GRUHLE) (nach 46). Das im Modell behauptete feindlichere, weniger kooperative Verhalten des sozioökonomisch niedrig eingestuften Patienten, unter dessen Abweichung wie J.RUESCH (45) ausführt, die Gesellschaft ohnehin leidet, wird sich bei dieser Interpretation des Psychopathiebegriffs in einer entsprechenden Etikettierung als dissozialer psychopathischer Zug wiederfinden, ein Schluß, der gar nicht einmal ironisch ist, sondern Konsequenz der klassischen SCHNEIDERschen Definition.

HYPOTHESE 9: Es wird behauptet, daß der Psychopathiebegriff zur Etikettierung sozialer Diskonformität benutzt wird. Auf diese Weise wird aus einem unangepaßten, sozial ungünstig bewerteten Verhalten von Patienten, wie es sich besonders in der Kliniksituation manifestiert, ein "dissozialer psychopathischer Zug". Da ein solches Verhalten im Modell verstärkt bei Patienten des unteren sozioökonomischen Status erwartet wird, ist damit zu rechnen, daß bei diesen Patienten mit besonders großer Wahrscheinlichkeit ein solcher "dissozialer psychopathischer Zug" erkannt wird.

(1) Operationalisierung: In der Hypothese wird zweierlei behauptet: erstens ein bestimmter Psychopathiebegriff als Begriff sozialer Diskonformität und zweitens ein sozial ungünstiger bebewertetes Verhalten bei Patienten eines sozioökonomisch niedrigen Status, dem eine verstärkte Etikettierung als dissoziale Psychopathie entspricht. Die erste Behauptung deckt sich weitgehend mit der wissenschaftstheor. Wertung des Psychopathiebegriffs, zu der z.T. die Psychopathie selbst gekommen ist (z.B. die angelsächsische in der oben erwähnten Relativierung zur Soziopathie oder E.WULFF (59), der Psychopathie bezieht auf "die Verschleierung von Widersprüchen, die Glättung von Konflikten durch Erledigungsriten ... was zu einer eigenen psychischen Leidensform, ... der sadomasochistisch identifikatorischen Unterwerfung unter die jeweils angebotenen Konventionen, Normen und Werte führt".) soll hier aber als nicht näher diskutierte a priori-Voraussetzung eingehen. Immerhin ergibt sich ein empirischer Hinweis auf die Proble-

matik des Psychopathiebegriffs aus einer Cluster-Analyse (mit Hilfe des Programms CLUSTR im System SYS (s.28))über die in der Kerndokumentation abgefragten 8 psychopathischen Züge. Die 8 Variablen sind derart verzahnt, daß keine erkennbare Gruppierung gefunden wird, entweder ein Zeichen für eine sehr komplexe nosologische Systematik oder das Fehlen einer solchen. Die letztere Erklärung ist im hier untersuchten Zusammenhang die plausiblere. Zur Operationalisierung der zweiten Behauptung bietet sich das Merkmal 3908 "sonstige dissoziale Verhaltensweisen" an, das zu den in der Kerndokumentation abgefragten psychopathischen Zügen gehört. Die Alternativen sind "vorhanden" gegen "nicht vorhanden". Zur sozioökonomischen Unterteilung wird hier - wo es sich um ein spezifischeres Unterschicht-Problem handelt - die U-Schicht der zusammengefaßten M-/O-Schicht gegenübergestellt. Die konkrete Hypothese heißt damit: Bei der U-Schicht wird im Vergleich zur M-und O-Schicht mit größerer Wahrscheinlichkeit der psychopathische Zug "dissoziale Verhaltensweisen" festgestellt.
(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit, mit der der psychopathische Zug "dissoziale Verhaltensweisen" festgestellt wird, ist für U-Schicht und M-/O-Schicht identisch.
(3) Statistische Strategie: Die statistische Methode ist der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2-Felderfall.
(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Bei der U-Schicht wird der psychopathische Zug "dissoziale Verhaltensweisen" mit anderer, deutlich höherer Wahrscheinlichkeit festgestellt als bei der M-/O-Schicht.

Bei den Patienten eines niedrigen sozioökonomischen Status werden somit empirisch nachweislich mit höherer Wahrscheinlichkeit Zwangseinweisungen vorgenommen, die Befunde unvollständiger erhoben und eher dissoziale psychopathische Züge festgestellt - drei Aspekte, die die Beziehung des Psychiaters zu diesen Patienten sowie dieser Patienten zum Psychiater ungünstig beeinflussen, und dabei insbesondere direkt oder indirekt den in Block V1 dargestellten Informationsfluß belasten. Die Situation des Patienten des unteren sozioökonomischen Status trägt damit typische Züge einer "Pathologie der Kommunikation" (38), die nach LEMERT's Analyse den Ausgangspunkt eines Prozesses der sukzessiven Ausschließung bildet. Die im Modell

behauptete ungünstigere Ausgangslage der Arzt-Patient-Beziehung als Folge stärkerer ungünstiger bzw. verfälschender Einflüsse bei der Informationsgewinnung gilt für diesen Patienten damit als verifiziert.

Block V2

Block V2 beschreibt die unterschiedliche Interpretation und Wertung der vom Patienten gewonnenen Informationen in Abhängigkeit von seinem sozioökonomischen Status. Die Klischees, die in diesen Prozess eingehen, wirken sich für Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status zusammen mit einer hier besonders undifferenzierten Beurteilung nachteilig aus. Den spezifischen Nachteilen, denen diese Patienten bei der Informationsgewinnung ausgesetzt sind, entsprechen im Modell also spezifische Nachteile im hermeneutischen Bereich: Negativklischees der klassischen Psychiatrie über Minderwertigkeit, negativ bewertetes Rollenverhalten dieser Gruppe in der klinischen Situation, wo sie nach D. COOPER (9) "nicht nur das reale Krankenbett, sondern außerdem ein Prokrustesbett von vorgefaßten Meinungen" erwartet, und ein daraus folgender weniger differenzierter und weniger intensiver psychiatrischer Aufwand bilden im Schicksal dieser Patienten ein sich selbst verstärkendes Syndrom. Der Schaden hierbei wird primär weniger in den Folgen einer undifferenzierten Diagnostik im Sinn der klassischen Psychiatrie gesehen, als vielmehr in den Folgen einer sich darin ausdrückenden weniger sorgfältigen und weniger intensiven Beschäftigung mit dem Patienten. Die im Modell postulierte besonders undifferenzierte psychiatrische Beurteilung bei Patienten mit niedrigem sozioökonomischen Status führt zu

HYPOTHESE 10: Es wird behauptet, daß Patienten des unteren sozioökonomishcne Status in ihrer Persönlichkeit pauschaler weniger differenziert beurteilt werden als Patienten eines höheren sozioökonomischen Status.

(1) Operationalisierung: Ein pauschales, undifferenziertes Beurteilungsverhalten ist definiert als ein Verhalten, das zu einem gleichförmigen, von vordergründigen Gesichtspunkten determinierten Antwortverhalten führt. Die Antworten haben die Form sogenannter response-sets , ein in der Psychometrie bekanntes Phänomen. Unterstützt wird ein solches Antwortverhalten wenn vorgegebene Antwortmöglichkeiten sich schon optisch nach

irgendwelchen Primitivkategorien vom Typ "positiv-negativ" einteilen lassen. Die nach dem "links-positiv/rechts-negativ"-Schema aufgebauten 5er-Skalen zur Primärpersönlichkeit in der Kerndokumentation bieten damit Idealbedingungen zur Realisation von response-sets. Der Psychiater, der die Mühe einer differenzierten Beurteilung scheut, ordnet den Patienten für die erste Antwort grob auf einer imaginären Positiv-Negativ-5er-Skala ein (z.B. bei Position 3) und perseveriert dann in den weiteren Antworten die einmal gewählte Position (im Beispiel 3). Aus den Primärpersönlichkeitsmerkmalen werden die Merkmale 3701 3702 3703 3704 3801 3802 3803 3804 3805 ausgewählt. Diese fortlaufenden Merkmale werden auf response-sets geprüft. Als Bezugspunkt des response-sets wird Merkmal 3701 oder 3702 festgelegt. In den Fällen, in denen für 3701 eine Antwort vorliegt, gilt ein response-set dann als gegeben, wenn alle folgenden Antworten zu den 8 weiteren angegebenen Merkmalen den gleichen Wert haben. In den Fällen, in denen für 3701 keine Antwort vorliegt, aber für 3702, gilt ein response-set dann als gegeben, wenn die folgenden Antworten zu den weiteren 7 Merkmalen den gleichen Wert haben. Zur sozioökonomischen Einteilung wird die U-Schicht der zusammengefaßten M-/O-Schicht gegenübergestellt, da in dieser Neigung zur Pauschalierung und Vereinfachung eine spezifische Haltung gegenüber der U-Schicht gesehen wird. Die konkrete Hypothese heißt dann:

Bei der U-Schicht tritt im Vergleich zur M-/O-Schicht bei den Fragen 3701 bis 3805 zur Primärpersönlichkeit mit höherer Wahrscheinlichkeit ein response-set auf.

(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines response-sets bei den Fragen 3701 bis 3805 zur Primärpersönlichkeit ist für die U-Schicht und die M-/O-Schicht identisch.

(3) Statistische Strategie: Die statistische Methode ist der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2-Felder-Fall.

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Response-sets bei den Fragen 3701 bis 3805 werden bei der U-Schicht im Vergleich zur M-/O-Schicht mit anderer, deutlich höherer Wahrscheinlichkeit angetroffen. (In diesen Zusammenhang gehört auch KAHLs (27) Ergebnis, der die einfachsten Diagnose-Schemata bei der Unterschicht findet.)

Von der Frage nach der Undifferenziertheit der Beurteilung

wie sie sich im response-set ausdrückt, unabhängig ist die Frage nach Bewertungsklischees. In diesen Klischees drückt sich das Bild -oder das Stereotyp- aus, das sich aus rollenspezifischen Verhaltensmerkmalen der bewerteten Gruppe und aus gruppenspezifischen Erwartungen der eigenen Gruppe, also Vorurteilen, bildet. Über die rollenspezifischen Verhaltensmerkmale der hier interessierenden Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status ist an anderer Stelle gesprochen worden. Die gruppenspezifischen Erwartungen der klassischen Psychiatrie in bezug auf diesen Patientenkreis werden in ihrem sozioökonomischen Kontext zwar nicht explizit genannt, sind aber aus dem Gefüge von verminderter Verwertbarkeit, Unfähigkeit zu sozialer Anpassung und

Minderwertigkeit im psychopathologischen Sinn, wie es sich in der Sicht der Kurt-Schneider'schen Psychiatrie darstellt, hypothetisch erschliessbar: Sozialer Status ist ein wesentlicher Index für den psychiatrischen Status auf der Skala "höherwertig -minderwertig". Das ergibt

HYPOTHESE 11: Der sozioökonomische Status des Patienten erzeugt beim Psychiater ein Klischee auf der Skala "höherwertig-minderwertig". Dieses Klischee geht in die Beurteilung des Patienten ein und bewirkt insbesondere für Patienten des unteren sozioökonomischen Status eine homogen negative Einfärbung ihres Persönlichkeitsbildes.

(1) Operationalisierung: Bei der Diskussion dieser Hypothese muss zwischen Symptomen und ihrer Deutung durch den Psychiater getrennt werden. In diesem Sinn sind die psychopathischen Züge in HYPOTHESE 9 als Symptome zu sehen, mit denen ein bestimmtes Verhalten psychiatrisch etikettiert wird. Der Deutungsspielraum ist bei solchen Merkmalen vom Typ "vorhanden-nicht vorhanden" vergleichsweise gering, weshalb auch das gehäufte Auftreten dissozialer psychopathischer Züge bei Patienten des unteren sozioökonomischen Status als Etikettierung eines tatsächlich bei dieser Gruppe vorhandenen rollenspezifischen Verhaltens verstanden wird. Eine klischeehafte Beurteilung dagegen setzt Merkmale voraus, die einen gewissen Deutungsspielraum anbieten. Hierfür eignen sich die zu HYPOTHESE 4 ausgewählten 5-er-Skalen der Primärpersönlichkeit. Als sozioökonomische Statuseinteilung wird die U-Schicht als typische Negativgruppe der zusammengefassten M-/O-Schicht gegenübergestellt. Die konkrete Hypothese heisst:

In die psychiatrische Beurteilung der 11 ausgewählten Primärpersönlichkeitsmerkmale gehen Klischees ein, die diese Beurteilung bei der U-Schicht im Vergleich zurM-/O-Schicht insgesamt, also über alle 11 Skalen hinweg, von links nach rechts, d.h. von Positiv nach Negativ, verschieben. Es ist somit möglich, alle 11 Merkmale zu einem Summenwert von Negativpunkten zusammenzufassen, der für die U-Schicht deutlich grösser ist als für die M-/O-Schicht.

(2) Nullhypothese: Eine summarische Unterscheidung zwischen U-Schicht und M-/O-Schicht mit Hilfe eines Summenwerts von Negativpunkten über die 11 Merkmale ist nicht möglich.

(3) Statistische Strategie: Das statistische Modell, mit dem U-Schicht und M-/O-Schicht in den 11 ausgewählten Primärpersönlichkeitsmerkmalen verglichen werden, ist die in HYPOTHESE 4 näher beschriebene MANOVA. Aus Gründen der Verteilungshomogenität werden alle 3 Schichten in das Modell hi neingenommen. Der Vergleich zwischen U-Schicht und M-/O-Schicht wird mit Hilfe einer linearen Hypothese durchgeführt. Die damals angestellten Überlegungen und Berechnungen können für die jetzige Fragestellung neu herangezogen werden.
(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Das Ergebnis objektiviert statistisch, was die Betrachtung der 3 Mittelwertsvektoren zeigt: in allen 11 Merkmalen liegen die Mittelwerte der U-Schicht höher, also stärker im Negativen, als die entsprechenden Mittelwerte von M- und O-Schicht. Werden die 11 Merkmale zu einem Summenwert zusammengefaßt, so ist das sich ergebende Positiv-Negativ-Urteil für Patienten des unteren sozioökonomischen Status deutlich ins Negative verschoben.

Somit werden empirisch nachweislich Patienten von niedrigerem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Patienten von höherem Status undifferenzierter, also weniger sorgfältig, und mit einem stärkeren Negativ-Klischee beurteilt. Die soziale Distanzierung, die sich hierin ausdrückt, spitzt die Pathologie der Kommunikation, unter der diese Patienten bereits bei der Informationsgewinnung zu leiden hatten, weiter zu. Diese Pathologie, in der E.GOFFMANN (19) und A.H. STANTON (50) ein allgemeines Kennzeichen psychiatrischer Anstalten sehen, wird für Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status damit zu einer ganz besonderen Realität.

Um im Modell zu bleiben: Die spezifische Belastung dieser Patienten bei der Informationsgewinnung setzt sich in einer spezifischen Benachteiligung im hermeneutischen Bereich fort.

Block V3.

Block V3 beschreibt die ungünstigeren Behandlungsbedingungen bei Patienten des unteren sozioökonomischen Status, in denen sich frühere Benachteiligungen in den Blöcken V1 und V2 teils auswirken, teils prinzipiell fortsetzen. Hinzu kommen hier die spezifisch ungünstigen Äusserlichkeiten, in denen sich die Kliniksituation des wirtschaftlich schwachen Patienten von der des wirtschaftlich besser gestellten unterscheidet.

Ausgangspunkt aller Überlegungen ist

HYPOTHESE 12: Es wird behauptet, dass Patienten von niedrigerem sozioökonomischen Status schlechtere Heilungs- oder Besserungschancen haben als Patienten von höherem Status.

(1) Operationalisierung: Die Hypothese ist die Umkehrung von Hypothese 2. Die dortigen Überlegungen können also für diesen neuen Zusammenhang direkt übernommen werden: Zur Schichteinteilung in sozioökonomische U-, M- und O-Schicht wird die Alternative "geheilt oder gebessert" gegen "ungebessert oder verschlechtert" in Beziehung gesetzt. Die konkrete Hypothese heisst dann:

Die Heilungs- oder Besserungschancen sind für die 3 sozioökonomischen Schichten unterschiedlich, und zwar fallen sie von O- zu M- zu U-Schicht.

(2) Nullhypothese: Die Heilungs- oder Besserungschancen sind für die O-, M- und U-Schicht identisch.

(3) Statistische Strategie: Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeite, 2 mal 3 -Felder-Fall.

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Die 3 Schichten haben unterschiedliche, von O- zu M- zu U-Schicht fallende Heilungs- oder Besserungschancen. Wie in HYPOTHESE 3 gezeigt, kann dieses Ergebnis nicht auf ein unterschiedliches Diagnosespektrum bei den 3 Schichten zurückgeführt werden: Eine Spezialuntersuchung für die Diagnose "endogene Psychose" ergibt ähnliche, z.T. noch krassere Unterschiede in den Heilungs- oder Besserungschancen der 3 sozioökonomischen Schichten.

Es ist somit sinnvoll, von einem Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität -im weitesten Sinn- und sozioökonomischem Status auszugehen. Bei der Frage nach den Ursachen ist zunächst einmal an negative Auswirkungen zu denken, deren Ursprung in den Blöcken V1 und V2 liegt. Es ist beispielsweise naheliegend, einen Zusammenhang zwischen den bei Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status gehäuften unvollständigen Befunden, wie bei der Primärpersönlichkeit festgestellt, und den schlech-

teren Heilungs- oder Besserungschancen anzunehmen. Als Hypothese formuliert ergibt das

HYPOTHESE 13: Patienten mit unvollständigem Befund haben geringere Heilungs- oder Besserungschancen als Patienten mit vollständigem Befund

(1) Operationalisierung: Als Bereich, in dem sich die Sorgfalt der psychiatrischen Befunderhebung besonders gut ablesen lässt, soll hier wieder die Primärpersönlichkeit herangezogen werden. Es werden die Kerndokumentationsmerkmale mit den Nummern 3502 3601 3602 3701 3702 3703 3704 3801 3802 3803 3804 3805 ausgewählt. Während bei HYPOTHESE 7 gezeigt werden sollte, dass die Benachteiligung bei niedrigem sozioökonomischen Status selbst noch im Extrem "keine Angabe in allen 12 Merkmalen" sichtbar ist, soll hier -im Sinn eines konservativen Vorgehens- behauptet werden, dass auch bei begrenzter Unvollständigkeit, also bereits beim Fehlen einer oder weniger Angaben, die Heilungs- und Besserungschancen herabgesetzt sind. Dem Fall "Angaben in allen 12 Merkmalen" wird deshalb die Alternative "in mindestens einem Merkmal keine Angabe" gegenübergestellt. Der Behandlungserfolg wird in "geheilt oder gebessert" gegen "ungebessert oder verschlechtert" eingeteilt. Die konkrete Hypothese heisst damit:

Das Fehlen einer oder mehrerer Angaben zur Primärpersönlichkeit bei den ausgewählten Merkmalen setzt die Heilungs- oder Besserungschance herab.

(2) Nullhypothese: Das Fehlen einer oder mehrerer Angaben zur Primärpersönlichkeit hat keinen Einfluss auf die Heilungs- oder Besserungschance.

(3) Statistische Strategie: Als Methode eignet sich der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2-Felder-Fall.

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Patienten mit unvollständigem Befund haben eine deutlich geringere Heilungs- oder Besserungschance als Patienten mit vollständigem Befund. Die unvollständigeren Befunde bei Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status können also als ein Faktor für deren herabgesetzte Heilungs- oder Besserungschance angesehen werden.

Neben diesen Auswirkungen vorangehender Blöcke ist an spezifische negative Faktoren im Behandlungsbereich zu denken, die für den Patienten des unteren Status zu den bisherigen Nachteilen hinzukommen. Z. B. ist es

naheliegend, im Behandlungsbereich eine sich fortsetzende nachteilige Wirkung des zum unteren Status gehörenden Negativklischees anzunehmen - ein sicher nicht zwangsläufiger Gedanke, denn immerhin könnte ja das klischeehafte Negativbild vom psychisch besonders mit minderwertigen Eigenschaften belasteten Patienten des unteren Status zu verstärktem, besonders intensivem psychiatrischen Einsatz anspornen. Dem steht entgegen, daß sich in der klassischen psychiatrischen Ideologie Belastung mit "minderwertigen" psychischen Eigenschaften nicht etwa als etwas Erschwerendes darstellt, dem durch besonders intensive und differenzierte Behandlung zu begegnen ist, sondern als etwas Vereinfachendes, das eine weniger aufwendige, undifferenziertere Behandlung rechtfertigt. Aus dieser Interpretation folgt

HYPOTHESE 14: Es wird behauptet, daß Patienten des unteren sozioökonomischen Status weniger aufwendig behandelt werden als Patienten von höherem Status.

(1) Operationalisierung: Behandlungsaufwand läßt sich qualitativ schlecht operationalisieren, umso weniger anhand von Daten, die vom Behandelnden selbst stammen und zu dessen subjektiven Tabus gehört, dass er jeden Patienten mit gleicher optimaler Qualität behandelt. Als elementarer quantitativer Index des Behandlungsaufwands bleibt die Aufenthaltsdauer (gleich Behandlungsdauer) in der Klinik in Abhängigkeit vom Behandlungserfolg. Von geringem Behandlungsaufwand soll dann gesprochen werden, wenn ein Patient nach kurzer Behandlungsdauer in ungebessertem Zustand aus der Behandlung entlassen wird. Von einem höheren Behandlungsaufwand soll gesprochen werden, wenn eine längere Behandlung vorliegt, ob sie nun - immer nach ärztlichem Urteil - letztlich zum Erfolg führt oder nicht. Diese Behandlungsdauer kann als Differenz von Entlassungs- und Aufnahmedatum-Merkmal 1401 1402 1403 datum- in der Kerndokumentation die Merkmale 301 302 303 - bestimmt werden, der Behandlungserfolg aus Merkmal 17. Der Bedingung "Behandlungsdauer kleiner 1 Dekade, ungebessert oder verschlechtert" wird die Bedingung"Behandlungsdauer größer 2 Wochen" gegenübergestellt. (Aus technischen Gründen liegt zwischen beiden Intervallen ein Abstand.) Als sozioökonomische Einteilung wird wie bei der Klischeeuntersuchung in HYPOTHESE 11 der Unterschicht als typischer Negativgruppe die zusammengefasste M-/O-Schicht gegenübergestellt. Die konkrete Hypothese

heisst dann:
Stellt man als Behandlungsaufwand eine Behandlung von weniger als 1 Dekade, aus der der Patient ungebessert oder verschlechtert entlassen wird, einer Behandlung von mehr als 2 Wochen gegenüber, so fallen Patienten der U-Schicht mit grösserer Wahrscheinlichkeit als Patienten der M-/O-Schicht in die Kategorie geringeren Behandlungsaufwands.
(2) Nullhypothese: Stellt man als Behandlungsaufwand eine Behandlung von weniger als 1 Dekade, aus der der Patient ungebessert oder verschlechtert entlassen wird, einer Behandlung von mehr als 2 Wochen gegenüber, so ist die Wahrscheinlichkeit, in die Kategorie mit dem geringeren oder grösseren Aufwand zu fallen, unabhängig davon, ob der Patient der U-Schicht oder der M-/O-Schicht angehört.
(3) Statistische Strategie: Zur Anwendung kommt der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2-Felder-Fall.
(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Im Vergleich zur M-/O-Schicht werden Patienten der U-Schicht mit grösserer Wahrscheinlichkeit nach weniger als 1 Dekade ungebessert oder verschlechtert aus der Behandlung entlassen. (Hierzu passt auch R.L.KAHN's (27) Ergebnis, der bei der Unterschicht die kürzesten Behandlungszeiten findet.)
Hilfsbedürftigkeit, für den Patienten des unteren Status sowohl aus dessen objektiver Situation als auch aus dessen subjektiver Beurteilung im psychiatrischen Befund besonders gegeben, ist also nicht das primäre und ausschliessliche Kriterium des psychiatrischen Aufwands. Es hiesse das Modell missverstehen, würde daraus gefolgert, dass Psychiater den Patienten des unteren sozioökonomischen Status bei der Behandlung gezielt und vorsätzlich diskriminieren. Behauptet wird vielmehr, dass die gleichen Klischees, die im hermeneutischen Bereich als negative Erwartungshaltung die Beurteilung einfärben, als psychiatrische Rechtfertigung eines geringeren Behandlungsaufwands dienen können. Neben individueller Unzulänglichkeit des sozioökonomisch "befangenen" Psychiaters wird hierin eine aus der Ideologie der klassischen Psychiatrie verinnerlichte Denkweise gesehen. In dieser somatisch-biologistischen Ideologie, die es primär nicht mit menschlichen Schicksalen sondern mit Syndromen und Bildern zu tun hat, ist der phänomenologisch und klinisch klassifizierte Fall Behandlungsobjekt. In diesem Sinn sind die Patienten des unteren Status primär nicht Opfer einer direkten Diskriminierung, sondern einer psychiatrischen Ideologie, die deren sozioökonomische "Minderwertigkeit" zu einer

psychopathologischen Minderwertigkeit macht und sie selbst damit zu psychiatrisch reizlosen, unergiebigen Fällen. Die Ergiebigkeit eines Falls ist danach als wichtiges Kriterium für den psychiatrischen Aufwand zusehen. Das soll für einen anderen Aspekt der Ergiebigkeit geprüft werden: die diagnostische Kompliziertheit und Problematik eines Falls im Rahmen des benutzten klassifikatorischen Systems. Das führt zu

HYPOTHESE 15: Es wird behauptet, dass der psychiatrische Aufwand von den klassifikatorischen Schwierigkeiten eines Falls abhängt.

(1) Operationalisierung: Die klassifikatorische Schwierigkeit drückt sich in der Sicherheit der Diagnose aus, die in der Kerndokumentation bei jeder der maximal 4 Diagnosen unter den Merkmalsnummern 911 921 931 941 erfasst ist. Wie bei HYPOTHESE 1 ausgeführt, wird die Sicherheit der Diagnose auf einer 5-er Skala von 1 (sehr sicher) bis 5 (sehr unsicher) gemessen. Die Skala wird in die Alternativen "Sicherheit= 1 oder 2" gegen"Sicherheit=3, 4 oder 5" dichotomisiert. Hat ein Fall mehr als eine psychiatrische Diagnose, so wird die in der Reihenfolge erste, vereinbarungsgemäss die wichtigste, zugrundegelegt. Die Sicherheit dieser Diagnose wird in Beziehung gesetzt zur Aufenthaltsdauer als Index des psychiatrischen Aufwands, eingeteilt in "kleiner 1 Dekade" gegen "grösser 2 Wochen". Die konkrete Hypothese heisst dann: Stellt man eine Aufenthaltsdauer von weniger als 1 Dekade einer Aufenthaltsdauer von mehr als 2 Wochen gegenüber, so ist die Wahrscheinlichkeit eines Aufenthalts von mehr als 2 Wochen bei unsicherer psychiatrischer Diagnöse grösser als bei sicherer.

(2) Nullhypothese: Stellt man eine Aufenthaltsdauer von weniger als 1 Dekade einer Aufenthaltsdauer von mehr als 2 Wochen gegenüber, so ist die Wahrscheinlichkeit, in das kürzere oder längere Intervall zu fallen, unabhängig von der Sicherheit der psychiatrischen Diagnose.

(3) Statistische Strategie: Geeignet ist der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2 -Felder-Fall

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Bei unsicherer psychiatrischer Diagnose ist ein Klinikaufenthalt von mehr als 2 Wochen wahrscheinlicher als bei sicherer psychiatrischer Diagnose Der psychiatrische Aufwand hängt somit von den klassifikatorischen Schwierigkeiten eines Falls ab.

Damit steht empirisch nachweislich für den psychiatrischen Patienten des unteren sozioökonomischen Status am vorläufigen Ende einer Kette von nachteiligen Bedingungen eine geringere Heilungs- oder

Besserungschance. Die lässt sich z.T. mit oberflächlicher und weniger vollständig erhobenen Befunden erklären, aber auch mit dem geringeren Behandlungsaufwand, der für diese Patienten aufgebracht wird. Das wiederum geht auf das geringere Interesse zurück, das die klassische Psychiatrie diesen Patienten entgegenbringt. Wie sich zeigt, wird dieses psychiatrische Interesse eher von der klassifikatorischen Problematik eines Falls als von seiner Hilfsbedürftigkeit herausgefordert. (E.GOFFMANN (19), der sich mit dem wissenschaftssoziologischen Hintergrund dieses Klassifikationseifers beschäftigt, kommt zu dem Schluss, dass es dabei "in erster Linie um die Aufrechterhaltung der Selbsteinschätzung des dort beschäftigten akademischen Personals geht", nämlich "zu bestätigen, dass hier eine quasi medizinische Dienstleistung erfolgt... Die darauf verwndte grosse Geschäftigkeit zeigt, wie schwach dieser Anspruch ist." Auch K.DÖRNER (11) untersucht den psychiatrischen Hang zur Diagnostik und sieht in ihr "ein Instrument" , mit dem "Störungen gerade nicht durchschaut, sondern... administrativ in den Griff bekommen werden.") Der Patient des unteren sozioökonomischen Status fällt hierbei wieder einer Ideologie zum Opfer, die aus sozialer Unterlegenheit eine -psychiatrisch unergiebige- Minderwertigkeit ableitet. Die Behandlung kompensiert also nicht etwa die spezifische Benachteiligung dieser Patienten bei der Informationsgewinnung und im hermeneutischen Bereich durch besonderen Aufwand. Das Gegenteil ist der Fall: Früher als andere werden sie aus der Behandlung entlassen und betreten den nächsten Abschnitt eines negativ vorgezeichneten Schicksals.

Block V4.

Am Ende eines Klinikzyklus wird eine für den Patienten entscheidende Weiche gestellt: Entlassung nach draussen oder Verlegung in ein PKH. Darüber, was letzteres bedeutet, macht sich auch die klassische Psychiatrie kaum mehr Illusionen. Im Modell hat diese Möglichkeit die Bedeutung eines irreversiblen Endzustandes.
Block V4 beschreibt die Bedingungen dieser Weichenstellung für Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status. Welche vordergründigen oder hintergründigen, klinikinternen oder rechtlichen Gesichtspunkte für die Entlassungs- bzw. Verlegungspraxis einer psychiatrischen Klinik bestimmend sind, liegt ausserhalb dieser Fragestellung. Was aus dem Modell folgt, ist, dass Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status eher ins PKH verlegt werden, und zwar nicht nur wegen ihres schlechteren Behandlungserfolgs, sondern auch wegen des geringeren sozialen Nutzens einer Rehabilitation -die vielleicht noch obendrein riskiert, wie R.CLEMENS (8) zubedenken gibt, bei einem Fehlschlag"den Arbeitgeber zu verärgern". (Dass die prinzipiellen Chancen für eine Rehabilitation bei dieser Gruppe nach G.BOSCH (4) gut sind, ist eine andere Sache.) Die Erwartung, dass Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status eher ins PKH verlegt werden, folgt somit logisch aus einer Psychiatrie, zu deren wesentlichen Determinanten die sozioökonomische Wertigkeit der von ihr betroffenen Patienten gehört.
Das führt zu
HYPOTHESE 16: Es wird behauptet, dass Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Patienten von höherem Status mit grösserer Wahrscheinlichkeit nach Beendigung des Klinikaufenthalts ins PKH verlegt werden.
(1) Operationalisierung: Der Modus, in dem der Klinikaufenthalt beendet wird, und gegebenenfalls das Ziel der Verlegung, kann den Merkmalen 15 und 16 der Kerndokumentation entnommen werden. Der Modus "entlassen" wird dem Modus "verlegt ins PKH" gegenübergestellt. Als Statuseinteilung wird die sozioökonomische Schichtung in U-, M-, O-Schicht verwendet. Dann heisst die konkrete Hypothese:
Die Wahrscheinlichkeit, nicht entlassen, sondern ins PKH verlegt zu werden, steigt von O- zu M- zu U-Schicht.
(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit, nicht entlassen, sondern ins PKH verlegt zu werden, ist für O-, M- und U-Schicht identisch.
(3) Statistische Strategie: Geeignet ist der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 3-Felder-Fall.
(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Die 3 Schichten haben eine unterschiedliche, von O- zu M- zu U-Schicht wachsende

Wahrscheinlichkeit, im Anschluß an den Klinikaufenthalt in ein PKH verlegt zu werden.(R.A.MOORE (42) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis.)

Daß das Risiko, ins PKH verlegt zu werden, schon von recht elementaren ökonomischen Merkmalen abhängt, die unterhalb der relativ komplexen Schichteinteilung liegen, so z.B.vom Einkommen des Patienten, behauptet

HYPOTHESE 17: Es wird behauptet, daß der konkrete wirtschaftliche Status eines Patienten, wie er sich in seinem Einkommen ausdrückt, das Risiko seiner Verlegung ins PKH beeinflußt:Patienten mit geringem Einkommen haben ein höheres Risiko, ins PKH verlegt zu werden, als Patienten mit höherem Einkommen.

(1) Operationalisierung: Das Einkommen vor der Einlieferung in die Klinik wird als Merkmal 28 der Kerndokumentation abgefragt. Die Einkommensgruppe "bis DM 800.-" (Punkte 1 bis 4) wird der Gruppe "über DM 800.-" (Punkte 5 bis 9) gegenübergestellt. Entlassung bzw. Verlegung ins PKH wird wie bei HYPOTHESE 16 den Kerndokumentations-Merkmalen 15 bzw.16 entnommen. Die konkrete Hypothese heißt damit:

Die Wahrscheinlichkeit, nicht entlassen, sondern in ein PKH verlegt zu werden, ist für Patienten mit einem Einkommen bis zu DM 800.- größer als für Patienten mit einem Einkommen über DM 800.-

(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit, nicht entlassen, sondern ins PKH verlegt zu werden, ist für Patienten mit einem Einkommen bis zu DM 800.- gleich groß wie für Patienten mit einem Einkommen über DM 800.-.

(3) Statistische Strategie: Als statistische Methode eignet sich der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2 -Felder-Fall.

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Für Patienten mit einem Einkommen bis zu DM 800.- schließt sich im Vergleich zu Patienten mit einem Einkommen über DM 800.- mit grösserer Wahrscheinlichkeit an den Klinikaufenthalt die Verlegung in ein PKH an.

Die düstere Perspektive, die sich damit für den Patienten des unteren sozioökonomischen Status am Ende der klinischen Behandlung auftut ist sicher z.T. nichts anderes als die psychiatrische Konzequenz aus einer Kette von Benachteiligungen, sozusagen die psychiatrische Besiegelung einer ungünstig verlaufenden Fallgeschichte (im Sinn einer Psychiatrie, die nach M.BAUER (3)

"nur die Readaptation als einzige Alternative zur Ausgrenzung kennt"

Allerdings gibt der Zusammenhang zwischen Verlegungsrisiko und einer sozioökonomischen Primitivgröße wie dem Einkommen zu denken. Dahinter könnte eine neue spezifische

Benachteiligung stehen, die mit dem anfangs erwähnten Kriterium des sozialen Nutzens zusammenhängt. Deutlicher wird das in der folgenden Hypothese angesprochen.

HYPOTHESE 18: Es wird behauptet, dass selbst in Fällen, in denen nach psychiatrischem Urteil noch eine Möglichkeit der Rehabilitation gegeben ist, Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status mit höherer Wahrscheinlichkeit ins PKH verlegt werden.

(1) Operationalisierung: Erst für Pflegefälle ist nach den Kriterien der klassischen Psychiatrie jeder Versuch von Rehabiliattion sinnlos. Die Information, ob ein Patient am Ende des Klinikaufenthalts ein Pflegefall ist oder nicht, ist in Merkmal 46 der Kerndokumentation erfasst. Bei Patienten, die in diesem Merkmal als "kein Pflegefall bezeichnet werden, kann davon ausgegangen werden, dass sie auf irgendeine Weise rehabilitierbar sind. Diese Chance wird bei Verlegung in ein PKH mit grosser Sicherheit weiter zerstört -die Wirkungen psychiatrischer Hospitalisierung sind hinreichend bekannt. Es soll geprüft werden, ob es auch in Fällen fehlender Pflegebedürftigkeit für Patienten von niedrigem sozioökonomischen Status ein besonderes Risiko gibt, in ein PKH verlegt zu werden. Wieder wird wie bei HYPOTHESE 16 und 17 der Modus "entlassen" dem Modus "verlegt ins PKH" gegenübergestellt. Die nötigen Informationen werden den Merkmalen 15 und 16 entnommen. Als Zusatzbedingung werden hier nur solche Patienten betrachtet, die keine Pflegefälle sind. Die Alternative heisst damit effektiv "entlassen, kein Pflegefall" gegen "verlegt ins PKH, kein Pflegefall". Das wird in Beziehung gesetzt zur Schichtung in sozioökonomische U-, M-uund O-Schicht. Die Hypothese heisst damit konkret:

Die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten, obwohl keine Pflegefälle ins PKH verlegt statt entlassen werden, hängt von der sozioökonomischen Schicht ab, der sie angehören: sie wächst von O- zu M- zu U-Schicht.

(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit, als Patient, obwohl kein Pflegefall, ins PKH verlegt statt entlassen zu werden, ist für Angehörige der U-, M- und O-Schicht gleich gross.

(3) Statistische Strategie: Geeignet ist der Chi-Quadrat- Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 3 - Felder Fall.

(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Patienten unterschiedlicher sozioökonomischer Schicht haben tatsächlich eine unterschiedliche, von O- zu M- zu U-Schicht wachsende

Wahrscheinlichkeit, auch wenn sie keine Pflegefälle sind, ins PKH verlegt statt entlassen zu werden.
Der in Block V4 behauptete spezifische Zusammenhang zwischen Verlegungsrisiko und sozioökonomischem Status soll noch eine Stufe weiter getrieben werden: in Anlehnung an HYPOTHESE 17 soll anstelle des komplexen Schichtbegriffes wieder die sozioökonomische Primitivgrösse "Einkommen" gesetzt werden. Dass das Risiko von Patienten, ins PKH verlegt zu werden, obwohl sie keine Pflegefälle sind, von einer solchen elementaren ökonomischen Grösse abhängt, behauptet
HYPOTHESE 19: Es wird behauptet, dass die Wahrscheinlichkeit, in ein PKH verlegt zu werden, obwohl nach psychiatrischem Urteil eine Möglichkeit der Rehabilitation gegeben ist, umso grösser ist, je geringer das Einkommen des Patienten.
(1) Operationalisierung: Wie bei HYPOTHESE 17 werden aus dem Kerndokumentations-Merkmal 28 die Alternativen "Einkommen bis DM 800.-" und "Einkommen über DM 800.-" gebildet. Das wird zu dem Modus in Beziehung gesetzt, in dem die Klinik verlassen wird, mit der Alternative "entlassen" gegen "verlegt ins PKH". Mit der Zusatzbedingung "kein Pflegefall" wird daraus die Alternative "entlassen, kein Pflegefall" gegen "verlegt ins PKH, kein Pflegefall". Die konkrete Hypothese heisst dann:
Unter den Patienten, die keine Pflegefälle sind, ist die Wahrscheinlichkeit, nicht entlassen, sondern in ein PKH verlegt zu werden, für solche mit einem Einkommen bis zu DM 800.- grösser als für solche mit einem Einkommen über DM 800.- .
(2) Nullhypothese: Unter den Patienten, die keine Pflegefälle sind, ist die Wahrscheinlichkeit, ins PKH verlegt statt entlassen zu werden, für solche mit einem Einkommen bis zu DM 800.- genausogross wie für solche mit einem Einkommen über DM 800.- .
(3) Statistische Strategie: Geeignet ist der Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2 - Felder-Fall.
(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Für die Patienten, die nach psychiatrischem Urteil keine Pflegefälle, also auf irgendeine Weise rehabilitierbar sind, hängt das Risiko, trotzdem in ein PKH verlegt zu werden, vom Einkommen ab. Es ist für solche mit einem Einkommen bis zu DM 800.- grösser als für solche mit einem Einkommen über DM 800.- .

Damit schliesst sich für den Patienten des unteren sozioökonomischen Status ein circulus vitiosus. Das Resultat einer

klinischen Karriere wird sichtbar, die für diese Patienten auf allen Strecken spezifische Benachteiligungen brachte. Aber selbst für Patienten, die das alles hinter sich haben, ohne in der Kategorie "Pflegefall" geendet zu sein, ist das Risiko noch nicht ausgestanden, das darin besteht, einem bestimmten sozialen Status anzugehören. Sie werden bevorzugt in psychiatrische Krankenhäuser verlegt, wo sich dann die Zerstörung vollendet, die mit dem Zusammenbruch ihrer sozialen Funktionstüchtigkeit -oder Dekompensation, wie die Psychiatrie es nennt- begann. Vor der Wahl, sich für die gesellschaftliche Rehabilitation dieser Patienten zu engagieren -eine Aufgabe, die allerdings die kritische Analyse dieser Gesellschaft voraussetzt (oder wie E.WULFF (57) meint "die pathologische Anatomie eines Gesellschaftssystems..., in dem psychische Gesundheit für die einen nur auf Kosten der Krankheit der anderen möglich ist") - oder diese Patienten von der Gesellschaft und diese von ihnen zu trennen, bevorzugt die Psychiatrie die zweite Möglichkeit, die Verlegung ins PKH, und verbindet dabei den Gesichtspunkt des sozialen Nutzens nahtlos mit einer moralischen Ideologie, in der die "Geborgenheit" und "Abgeschlossenheit" eines solchen Krankenhauses sich als Form eines besonderen psychiatrischen Humanismus darstellt. (Wie gut sich dieser Humanismus mit dem Prinzip des Nutzens verträgt, macht K.SCHNEIDER (46) deutlich, wenn er für bestimmte Psychopathen Anstaltsverwahrung vorschlägt, denn "hier tun sie mitunter noch nützliche Arbeit".) Wie allerdings die Alternative aussieht, die Entlassung dieser Patienten des unteren Status nach draußen, angesichts dessen, was ihnen dort heute als Rehablitation angeboten wird, ist eine andere Frage, mit der sich HYPOTHESE 20 beschäftigt.

HYPOTHESE 20: Es wird behauptet, daß für den Fall der Entlassung Patienten des unteren sozioökonomischen Status im Vergleich zu Patienten eines höheren Status mit einer stärkeren beruflichen Beeinträchtigung rechnen müssen.

(1) Operationalisierung: Die Hypothese ist eine Umkehrung von HYPOTHESE 6. Auf die dort angestellten Überlegungen, insbesondere zum Unterschied zwischen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigung des beruflichen Rangplatzes sei hier verwiesen. Die behauptete spezifische Benachteiligung von Patienten des unteren Status in der beruflichen Prognose läßt sich anhand der dort gewonnenen Operationalisierung überprüfen. Wie dort werden nur Patienten berücksichtigt, die vor Einlieferung in die psychiatrische Klinik ein eigenes Einkommen hatten, auf das die Beeinträchtigung bezogen werden kann. An diesem Ein-

kommen wird der hier relevante Aspekt des sozioökonomischen Status gemessen. Als Alternative wird ein "Einkommen bis DM 800.-" einem "Einkommen über DM 800.-" gegenübergestellt. Die berufliche Prognose, die dazu in Beziehung gesetzt wird, kann dem

Kerndokumentationsmerkmal 51 entnommen werden. Hier werden die Positionen 1 bis 3 als "keine berufliche Beeinträchtigung" gesetzt gegen die Positionen 4 bis 5 als "berufliche Beeinträchtigung". Die konkrete Hypothese heisst dann:
Patienten mit eigenem Einkommen vor der Einlieferung in die Klinik, die bis zu DM 800.- verdienten, müssen im Vergleich zu Patienten mit einem Einkommen über DM 800.- im Fall der Entlassung eher mit einer beruflichen Beeinträchtigung rechnen.
(2) Nullhypothese: Die Wahrscheinlichkeit einer beruflichen Beeinträchtigung im Fall der Entlassung ist für Patienten, die vor der Einlieferung ein eigenes Einkommen bis zu DM 800.- hatten, die gleiche wie für solche mit einem Einkommen über DM 800.- .
(3) Statistische Strategie: Chi-Quadrat-Test für unabhängige Wahrscheinlichkeiten, hier für den 2 mal 2 -Felder-Fall.
(4) Ergebnis: Die Nullhypothese wird falsifiziert. Das Risiko der beruflichen Beeinträchtigung im Fall der Entlassung hängt vom Einkommen des Patienten vor Einlieferung ab. Für Patienten mit einem Einkommen bis zu DM 800.- ist das Risiko grösser als für solche mit einem Einkommen über DM 800.- (R.A.MOORE (42) findet einen ähnlichen Zusammenhang.)
Mit einer eigenartigen Konsequenz setzt sich die spezifische Benachteiligung sozioökonomisch schwacher Patienten also bis in die berufliche Prognose fort. Die Gesellschaft -oder ihre Psychiatrie?- registriert bei den gleichen Patienten plötzlich mit besonderer Sensibilität psychiatrische Schädigungen, deren seelische und geistige Qualitäten ihr ziemlich gleichgültig waren, solange diese noch auf den unteren Stufen des Produktionsprozesses funktionierten. Die Logik dieses Verhaltens wird erkennbar, wenn es in den Rahmen des hier diskutierten Modells gestellt wird: Der Patient des unteren sozioökonomischen Status, a priori minderwertig ausgestattet, unergiebiges Objekt für die psychiatrische Behandlung oder Rehabilitation, für die Gesellschaft als Individuum auswechselbar und von geringem Nutzen, wird im Kampf ums Dasein disqualifiziert. Er scheidet aus.
Das ist die gemeinsame Zielrichtung, die durch alle fünf Blöcke des Modells geht. Die Bewegung ist damit definiert. Wie schnell oder wie langsam der Einzelfall den Endpunkt erreicht, ob er die Bewegung aufhalten kann oder aus ihr ausbrechen, hängt von vielen Dingen ab, u.a. von glücklichen Zufällen, aber die liegen ausserhalb des hier diskutierten Modells.

Zusammenfassung

Die Arbeit beschäftigt sich mit Theorie und Praxis der sogenannten klassischen Psychiatrie, wie sie sich vor allem in der Kurt SCHNEIDER'schen somatisch-phänomenologischen Schule manifestiert hat.

In Teil 1 wird gezeigt, dass unter dem Primat des "Organischen" und der Verdrängung sozialer Determinanten tautologische Elemente in die Psychopathologie dieser Schule Eingang finden, die eine direkte Modellkritik erschweren. Es ist deshalb nötig, nach einer indirekten Strategie vorzugehen: authentische Befunddaten dieser zu untersuchenden Psychiatrie werden einer Konsistenzanalyse unterzogen. Zur Verfügung stehen dazu 1555 Erstaufnahmen der Frankfurter Psychiatrischen Universitätsklinik. Bei dieser Prüfung wird deutlich, dass das Kurt SCHNEIDER'sche Modell in einer Reihe von Punkten in offensichtlichem Widerspruch zu den zugehörigen klinischen Daten steht. Insbesondere zeigt sich, dass die aus der Theorie vertriebene soziologische Dimension auf mannigfache Weise -sozusagen kryptoform- in den Daten wiederzufinden ist. Die Ansatzpunkte, über die diese soziologische Dimension in die klinische Psychiatrie Eingang findet, lassen sich grob zu einem kybernetischen Interaktionskreis formalisieren. Der Versuch, den in den Daten nachgewiesenen sozialen Determinanten innerhalb des Kurt SCHNEIDER'schen Modells -also durch systemimmanente Korrekturen- Rechnung zu tragen, bleibt unbefriedigend. Besonders die sozioökonomischen Variablen haben eine so spezifische Relevanz, dass es reduktionistisch wäre, diese als unsystematische bzw. systemneutrale Interaktionsfehler zwischen Psychiater und Patient zu bagatellisieren. Die sozialen Variablen werden deshalb im weiteren als primäre Einflussgrössen behandelt, deren genuine Bedeutung in der psychiatrischen Klinik und in deren Vorfeld es zu untersuchen gilt.

Diese Untersuchung gliedert sich thematisch in zwei Abschnitte:

Teil 2 befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialen Variablen und psychischen Störungen. Ein solcher Zusammenhang wird beinahe einheitlich in einer grossen Zahl epidemiologischer Arbeiten gefunden. Danach gibt es allgemein eine inverse Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und der Quote psychischer Störungen, und speziell eine Häufung psychischer Störungen bei der Unterschicht. Die Schlussfolgerung, dass für dieses Ergebnis die spezifischen Unterschicht-Lebensbedingungen kausal mitverantwortlich sind,

wird sowohl durch die empirische Analyse dieser Unterschicht-Bedingungen als auch durch Untersuchungen gestützt, nach denen "zufällige" Verbesserungen bzw. Verschlechterungen von Lebensbedingungen eine Verminderung bzw. Vermehrung psychischer Störungen im Gefolge haben. Zwar ließe sich das wahre Ausmass dieser Kausalbeziehung erst durch eine grundlegende und systematische Beseitigung der Schichten-Diskriminierung klären -ein "Experiment", das bis heute nicht stattgefunden hat- doch ist die empirische Evidenz für eine primäre Bedeutung sozioökonomischer Bedingungen in der Ätiologie und Pathogenese psychischer Störungen deutlich genug.

Teil 3 untersucht, wie sich die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren in die psychiatrische Klinik hinein fortsetzt, also zu psychiatrischen Differenzierungen selbst noch in der Gruppe psychisch bereits Erkrankter führt. Aufbauend auf dem kybernetischen Interaktionskreis aus Teil 1 wird ein sozioökonomisches Modell der klinischen Psychiatrie entwickelt, das das psychiatrische Schicksal von Patienten in Abhängigkeit von ihrem sozioökonomischen Status beschreibt. Nach diesem Modell durchläuft insbesondere der Patient des unteren Status in den verschiedenen Abschnitten eines klinischen Zyklus eine Kette spezifischer Beeinträchtigungen und Benachteiligungen, die die in seiner ungünstigen sozioökonomischen Ausgangssituation liegenden besonderen Belastungen zusätzlich verstärken: Die psychiatrische Klinik reproduziert nicht nur, sondern verschärft zusätzlich die sozioökonomischen Diskriminierungen, die die Gesellschaft produziert hat. Hierin wird mehr gesehen als etwa ein subjektiv bewusstes und explizit an sozioökonomischen Kriterien orientiertes Verhalten des einzelnen Psychiaters oder als dessen unbewusstes Vollziehen allgemeiner sozioökonomischer Verhaltensnormen: nämlich die verinnerlichte Ideologie der klassischen Psychiatrie, in deren somatisch-biologistischem Bezugssystem sich sozioökonomische Minderwertigkeiten als Ausdruck einer minderen Vitalqualität und damit letztlich als psychiatrische Minderwertigkeiten sui generis darstellen. Die verschiedenen Modellbehauptungen werden zu empirisch prüfbaren Hypothesen operationalisiert, die sich anhand der bereits in Teil 1 benutzten psychiatrischen Befunddaten verifizieren lassen.

Auswertungen

Die statistischen Prüfungen wurden mit einem a priori festgelegten Fehler 1. Art von α=0.05 durchgeführt.

Wenn die häufig benutzte Chi-Quadrat (Chi2) - Statistik bei diesem Fehler folgende Schwellenwerte überschreitet, war die Nullhypothese zu verwerfen:

für	df=1	Chi2=3.841	einseitig: Chi2=2.706
	df=2	Chi2=5.991	
	df=3	Chi2=7.815	
	df=4	Chi2=9.488	

Für die gerichteten Chi-Quadrat-Tests von Teil 3 steht bei df=1 ein einseitiger Schwellenwert zur Verfügung. Bei allen anderen gerichteten Tests dieses Teils wurde nach einer konservativen gestuften Entscheidungsprozedur verfahren. Danach war für die Modellhypothese zu entscheiden, wenn:

erstens signifikante Abweichungen von der Nullhypothese bestehen, die
zweitens in der geforderten Richtung liegen.

Die Auswertungen erbrachten umfangreiche Computer-Ausdrucke, die im folgenden nur auszugsweise und in komprimierter Form wiedergegeben werden können.

Anmerkung zum Lesen der Häufigkeitsauswertungen:

Von den 3 Zahlen einer Zelle gibt
die erste die Häufigkeit an,
die zweite deren Prozentuierung auf Zeilensumme,
die dritte deren Prozentuierung auf Spaltensumme.

HYPOTHESE 1

	1.Diagnose =endogene Psychose	1.Diagnose =sonstige psychiatr. Diagnose	
Sicherheit der 1.Diagnose = 1	140 14.16 52.83	849 85.84 83.89	
Sicherheit der 1.Diagnose = 2	70 41.92 26.42	97 58.08 9.48	
Sicherheit der 1.Diagnose = 3	42 43.75 15.85	54 56.25 5.34	
Sicherheit der 1.Diagnose = 4	12 57.14 4.53	9 42.86 0.89	
Sicherheit der 1.Diagnose = 5	1 25.00 0.38	3 75.00 0.30	Chi2=119.482 df=4

HYPOTHESE 1 (KONTROLLE)

	Falls vorh erste Diag endogene Psychose	Erste psychiatr. Diagnose	
Sicherheit der Diagnose = 1	144 12.90 51.80	972 87.10 84.23	
Sicherheit der Diagnose = 2	70 38.46 25.18	112 61.54 9.71	
Sicherheit der Diagnose = 3	44 43.56 15.83	57 56.44 4.94	
Sicherheit der Diagnose = 4	14 58.33 5.04	10 41.67 0.87	
Sicherheit der Diagnose = 5	6 66.67 2.16	3 33.33 0.26	Chi2=146.181 df=4

HYPOTHESE 2 UND 12

	Bei Entlas geheilt oder gebessert	Bei Entlas ungebess. oder verschlech	
U-Schicht	445	117	
	79.18	20.82	
	71.77	85.40	
M-Schicht	85	14	
	85.86	14.14	
	13.71	10.22	
O-Schicht	90	6	
	93.75	6.25	Chi2=12.943
	14.52	4.38	df=2

HYPOTHESE 3

	Endogene Psychose Bei Entlas geheilt oder gebessert	Endogene Psychose Bei Entlas ungebess. oder verschlech
U-Schicht	84	36
	70.00	30.00
	71.79	83.72
M-Schicht	18	5
	78.26	21.74
	15.38	11.63
O-Schicht	15	2
	88.24	11.76
	12.82	4.65

HYPOTHESE 4 UND 11
(Mittelwertsvektoren)

		U-Schicht	M-Schicht	O-Schicht
3502	Seel.Belastbark.	3.31	3.08	2.84
3601	Aktivitätsdrang	2.70	2.21	2.02
3602	Antriebskontrolle	3.00	2.46	2.34
3701	Geselligkeitsbed.	2.76	2.50	2.28
3702	Kontaktfähigkeit	2.83	2.54	2.38
3703	Selbstsicherheit	3.22	2.87	2.57
3704	Sexuelle Bedürfn.	3.20	2.99	2.91
3802	Aggressivität	2.47	2.32	2.36
3803	Ängstlichkeit	2.83	2.78	2.42
3804	Empfindlichkeit	2.57	2.42	2.54
39	Psychopath.Züge	2.21	2.01	2.01
	Fallzahl =	511	106	98

HYPOTHESE 4 UND 11
(Korrelationsmatrix, gepoolt)

	3502	3601	3602	3701	3702	3703	3704	3802	3803	3804	39
3502	1.00	0.36	0.34	0.22	0.32	0.50	0.04	0.29	0.42	-0.24	0.30
3601	0.36	1.00	0.15	0.44	0.52	0.43	0.13	0.03	0.29	-0.00	0.09
3602	0.34	0.15	1.00	-0.01	0.06	0.13	-0.06	0.44	0.09	0.03	0.32
3701	0.22	0.44	-0.01	1.00	0.68	0.38	0.30	0.03	0.23	-0.07	0.08
3702	0.32	0.52	0.06	0.68	1.00	0.53	0.21	0.08	0.35	-0.09	0.10
3703	0.50	0.43	0.13	0.38	0.53	1.00	0.16	0.08	0.48	-0.18	0.15
3704	0.04	0.13	-0.06	0.30	0.21	0.16	1.00	-0.05	0.09	0.09	-0.10
3802	0.29	0.03	0.44	0.03	0.08	0.08	-0.05	1.00	0.12	0.06	0.27
3803	0.42	0.29	0.09	0.23	0.35	0.48	0.09	0.12	1.00	-0.20	0.13
3804	-0.24	-0.00	0.03	-0.07	-0.09	-0.18	0.09	0.06	-0.20	1.00	-0.12
39	0.30	0.09	0.32	0.08	0.10	0.15	-0.10	0.27	0.13	-0.12	1.00

HYPOTHESE 5
(Mittelwertsvektoren)

		Bei Entlas geheilt oder gebessert	Bei Entlas ungebess. oder verschlech
3502	Seel.Belastbark.	3.24	3.39
3601	Aktivitätsdrang	2.52	2.72
3602	Antriebskontrolle	2.76	2.84
3701	Geselligkeitsbed.	2.62	2.86
3702	Kontaktfähigkeit	2.70	2.86
3703	Selbstsicherheit	3.08	3.32
3704	Sexuelle Bedürfn.	3.04	3.19
3802	Aggressivität	2.35	2.55
3803	Ängstlichkeit	2.78	2.88
3804	Empfindlichkeit	2.46	2.47
39	Psychopath.Züge	2.09	2.38
	Fallzahl =	989	182

HYPOTHESE 5
(Korrelationsmatrix, gepoolt)

	3502	3601	3602	3701	3702	3703	3704	3802	3803	3804	39
3502	1.00	0.38	0.33	0.23	0.33	0.50	0.05	0.25	0.44	-0.24	0.29
3601	0.38	1.00	0.16	0.46	0.51	0.44	0.17	0.04	0.26	-0.03	0.12
3602	0.33	0.16	1.00	0.01	0.09	0.15	-0.04	0.47	0.08	0.05	0.31
3701	0.23	0.46	0.01	1.00	0.67	0.39	0.27	0.05	0.21	-0.07	0.09
3702	0.33	0.51	0.09	0.67	1.00	0.54	0.21	0.09	0.33	-0.09	0.12
3703	0.50	0.44	0.15	0.39	0.54	1.00	0.15	0.08	0.46	-0.20	0.18
3704	0.05	0.17	-0.04	0.27	0.21	0.15	1.00	-0.05	0.08	0.10	-0.08
3802	0.25	0.04	0.47	0.05	0.09	0.08	-0.05	1.00	0.11	0.07	0.30
3803	0.44	0.26	0.08	0.21	0.33	0.46	0.08	0.11	1.00	-0.22	0.16
3804	-0.24	-0.03	0.05	-0.07	-0.09	-0.20	0.10	0.07	-0.22	1.00	-0.15
39	0.29	0.12	0.31	0.09	0.12	0.18	-0.08	0.30	0.16	-0.15	1.00

HYPOTHESE 6 UND 20

	keine beru Beeinträch tigung	Berufliche Beeinträch tigung	
Einkommen bis DM 800.-	420	69	
	85.89	14.11	
	50.54	70.41	
Einkommen ueb. DM 800.-	411	29	
	93.41	6.59	Chi2=13.863
	49.46	29.59	df=1

HYPOTHESE 7

	3502-3805 Zahl der Angaben =0	3502-3805 Zahl der Angaben >0	
U-Schicht	85	588	
	12.63	87.37	
	87.63	73.13	
M-Schicht	7	112	
	5.88	94.12	
	7.22	13.93	
O-Schicht	5	104	Chi2=9.720
	4.59	95.41	df=2
	5.15	12.94	

HYPOTHESE 8

	Zwangseingewiesen	Restgruppe	
U-Schicht	472	201	
	70.13	29.87	
	78.93	66.34	
M-Schicht	70	49	
	58.82	41.18	
	11.71	16.17	
O-Schicht	56	53	
	51.38	48.62	Chi2=18.286
	9.36	17.49	df=2

HYPOTHESE 9

	Dissozial	Nicht dissozial
U-Schicht	113 16.79 89.68	560 83.21 72.26
M- oder Oberschicht	13 5.70 10.32	215 94.30 27.74

Chi2=17.389
df=1

ZU HYPOTHESE 9
(Korrelationsmatrix der psychopathischen Züge)

	3901	3902	3903	3904	3905	3906	3907	3908
3901	1.00	-0.14	-0.00	-0.15	-0.08	-0.08	-0.07	-0.15
3902	-0.14	1.00	-0.06	-0.18	0.03	-0.15	-0.02	-0.27
3903	-0.00	-0.06	1.00	-0.10	-0.04	-0.02	-0.07	-0.07
3904	-0.15	-0.18	-0.10	1.00	-0.05	-0.20	-0.10	-0.30
3905	-0.08	0.03	-0.04	-0.05	1.00	-0.10	-0.03	-0.15
3906	-0.08	-0.15	-0.02	-0.20	-0.10	1.00	-0.03	0.18
3907	-0.07	-0.02	-0.07	-0.10	-0.03	-0.03	1.00	-0.08
3908	-0.15	-0.27	-0.07	-0.30	-0.15	0.18	-0.08	1.00

Abgesehen von der Andeutung einer negativen Beziehung zwischen den Variablen 3904 (hysterisch) und 3908 (sonstige dissoziale Verhaltensweisen) ist eine typologische Gruppierung der psychopathischen Züge mit Hilfe der Clusteranalyse wegen "Verzahnung" nicht möglich.

HYPOTHESE 10

	Mindestens 2 Angaben in 3701-3805 Response-Set	Mindestens 2 Angaben in 3701-3805 kein Resp-Set	
U-Schicht	10 1.71 100.00	574 98.29 72.75	
M- oder O-Schicht	0 0.00 0.00	215 100.00 27.25	Chi2=3.724 df=1

HYPOTHESE 13

	3502-3805 nirgends KA	3502-3805 irgendwo KA	
geheilt oder gebessert	1038 85.22 84.60	180 14.78 63.83	
ungebessert oder ver-schlechtert	189 64.95 15.40	102 35.05 36.17	Chi2=63.488 df=1

HYPOTHESE 14

	U-Schicht	M- oder O-Schicht	
Aufenthaltsd.	89	17	
≤ eine Dekade	83.96	16.04	
ungeb o versch	28.25	16.04	
Aufenthaltsd.	226	89	
> zwei Wochen	71.75	28.25	Chi2=6.268
	71.75	83.96	df=1

HYPOTHESE 15

	Sicherheit der Diagn. = 1 oder 2	Sicherheit der Diagn. = 3 oder 4 oder 5	
Aufenthaltsd. ≤ eine Dekade	758 94.51 62.96	44 5.49 38.26	
Aufenthaltsd. > zwei Wochen	446 86.27 37.04	71 13.73 61.74	Chi2=26.843 df=1

HYPOTHESE 16

	U-Schicht	M-Schicht	O-Schicht	
Verlegt in PKH	135	18	5	
	85.44	11.39	3.16	
	22.84	17.14	5.10	
Entlassen	456	87	93	
	71.70	13.68	14.62	Chi2=17.175
	77.16	82.86	94.90	df=2

HYPOTHESE 17

	Einkommen bis DM 800.-	Einkommen ueber DM 800.-	
Verlegt in PKH	189	54	
	77.78	22.22	
	21.87	12.24	
Entlassen	675	387	
	63.56	36.44	Chi2=17.855
	78.12	87.76	df=1

HYPOTHESE 18

	U-Schicht	M-Schicht	O-Schicht	
Entlassen, kein Pflege- fall	445 71.54 81.50	84 13.50 85.71	93 14.95 94.90	
Verlegt ins PKH, kein Pfle gefall	101 84.17 18.50	14 11.67 14.29	5 4.17 5.10	Chi2=11.295 df=2

HYPOTHESE 19

	Einkommen bis DM 800.-	Einkommen über DM 800.-	
Entlassen, kein Pflege- fall	656 63.20 84.21	382 36.80 89.25	
Verlegt ins PKH, kein Pfle gefall	123 72.78 15.79	46 27.22 10.75	Chi2=5.827 df=1

LFD-N	AUTOR(EN)	TITEL (VERLAG, ORT /ZEITSCHRIFT BAND, S, FF/, JAHRGANG)
1)	BASAGLIA,F. UND BASAGLIA ONGARO,F.	'DIE ABWEICHENDE MEHRHEIT, DIE IDEOLOGIE DER TOTALEN SOZIALEN KONTROLLE' (SUHRKAMP VERLAG, FRANKFURT, 1972)
2)	BASAGLIA,F.	'DIE NEGIERTE INSTITUTION ODER DIE GEMEINSCHAFT DER AUSGESCHLOSSENEN, EIN EXPERIMENT DER PSYCH. KLINIK IN GOERZ,' (SUHRKAMP VERLAG, FRANKFURT,1971)
3)	BAUER,M. UND RICHARTZ,M.	'ANGEPASSTE PSYCHIATRIE ALS PSYCHIATRIE DER ANPASSUNG' (IN 'DAS ARGUMENT' 60, S,152)
4)	BOSCH,G.	'ZUM GEWICHT SOZIALER FAKTOREN BEI VERLAUF UND BEHANDLUNG PSYCHISCHER KRANKHEITEN' (IN 'SOZIALPSYCHIATRIE' HRSG. DOERNER,KLAUS U. PLOG,URSULA, LUCHTERHAND VERLAG, BERLIN, 1972)
5)	BOSCH,G.	'ZUR FRAGE DES ABBAUS VON ZWANGSEINWEISUNGEN' (IN 'DER NERVENARZT' 42, S,65, 1971)
6)	BRENNER,M,H.	'ECONOMIC CHANGE AND MENTAL HOSPITALIZATION' NEW-YORK-STATE, 1910-1960. (IN 'SOCIAL PSYCHIATRY' 2, S,180, 1967)
7)	CARNAP,R.	'INDUKTIVE LOGIK UND WAHRSCHEINLICHKEIT' (BEARB. VON W, STEGMUELLER, SPRINGER, WIEN, 1959)
8)	CLEMENS,R, BOECKER F, UND JOCHHEIM,K,A.	'ZUR BEURTEILUNG DER REHABILITATIONSAUSSICHTEN BEI SCHIZOPHRENEN' (IN 'SOZIALPSYCHIATRIE' BAND 2, HRSG. PETRILOWITSCH,N, UND FLEGEL,H., S,KARGER, BASEL, 1969)
9)	COOPER,D,	'PSYCHIATRIE UND ANTI-PSYCHIATRIE' (SUHRKAMP VERLAG, FRANKFURT, 1971)
10)	DOERNER,K,	'BUERGER UND IRRE' (EUROPAEISCHE VERLAGSANSTALT, FRANKFURT, 1969)
11)	DOERNER,K,	'ENTSTEHUNG UND WIRKUNG PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN' (IN 'SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN' 1, S,3, 1972)
12)	DOERNER,K,	'WAS FOERDERT DIE RUECKKEHR DER PSYCHISCH LEIDENDEN?' (IN 'SOZIALPSYCHIATRIE' HRSG, DOERNER,K, UND PLOG,U, LUCHTERHAND VERLAG, BERLIN, 1972)

LFD-N	AUTOR(EN)	TITEL (VERLAG, ORT /ZEITSCHRIFT BAND, S, FF/, JAHRGANG)
13)	DOHRENWEND,B,P, UND DOHRENWEND,B,	'SOCIAL STATUS AND PSYCHOLOGICAL DISORDER: A CAUSAL INQUIRY' (WILEY-INTERSCIENCE, NEW YORK, 1969)
14)	DUDECK,J,	'VERHALTEN DER TESTS DER MULTIVARIABLEN VARIANZANALYSE BEI UNTERSCHIEDLICHEN KOVARIANZMATRIZEN' (IN 'BERICHT DER 15.JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GES, F, MED, DOK, U, STAT,', SCHATTAUER, STUTTGART, IM DRUCK)
15)	DUNHAM,H,W,	'COMMUNITY AND SCHIZOPHRENIA: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS' (WAYNE STATE UNIVERSITY PRESS, DETROIT/MICH,, 1965)
16)	FARIS,R,E,L, UND DUNHAM,H,W,	'MENTAL DISORDERS IN URBAN AREAS: AN ECOLOGICAL STUDY OF SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOSES' (CHICAGO UNIVERSITY PRESS, CHICAGO, 1939)
17)	FESTINGER,L,	'A THEORY OF COGNITIVE DISSONANCE' (ROW PETERSON, EVANSTON/ILL,, 1957)
18)	GADOUREK,J,	'ABSENCES AND WELL-BEING OF WORKERS' (ASSEN, THE NETHERLANDS, 1965)
19)	GOFFMANN,E,	'ASYLE' (SUHRKAMP VERLAG, FRANKFURT, 1972)
20)	GOLDBERG,E,M, UND MORRISON,S,L,	'SCHIZOPHRENIA AND SOCIAL CLASS' (IN 'BRITISH JOURN, PSYCHIATRY' 109, S,785, 1963)
21)	GOTTESMANN,I,I, UND SHIELDS,J,	'16 YEARS CONSECUTIVE ADMISSIONS TO A PSYCHIATRIC CLINIC' (IN 'BRITISH JOURN, PSYCHIATRY' 112, S,809, 1966)
22)	HEMPRICH,R,D, UND KISKER,K,P,	'DIE HERREN DER KLINIK UND DIE PATIENTEN, ERFAHRUNGEN AUS DER TEILNEHMEND-VERDECKTEN BEOBACHTUNG EINER PSYCHIATRISCHEN STATION' (IN 'DER NERVENARZT' 39, S,433, 1968)
23)	HOLLINGSHEAD,A,B, UND REDLICH,F,C,	'SOCIAL CLASS AND MENTAL ILLNESS' (JOHN WILEY + SONS, NEW YORK, 1958)
24)	JACOBI,P,, LEISER,E, UND FISCHER,P,A,	'ZUM PROBLEM MULTIPLER STATISTISCHER TESTS BEI DER NEUROPSYCHOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG V, HIRNGESCHAEDIGTEN' (IN 'ARCHIV FUER PSYCHOLOGIE' 123, S,251, 1971)

LFD-N	AUTOR(EN)	TITEL (VERLAG, ORT /ZEITSCHRIFT BAND, S, FF/, JAHRGANG)
25)	JAHODA,M, UND LAZARSFELD,P,F,	'DIE ARBEITSLOSEN VON MARIENTAL' (PSYCHOLOGISCHE MONOGRAPHIEN 5, HIRZEL, LEIPZIG, 1933)
26)	JANIS,I,L,	'AIR WAR AND EMOTIONAL STRESS' (MC GRAW-HILL, NEW YORK, 1951)
27)	KAHN,R,L,, ET AL,	'SOCIOPSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHIATRIC TREATMENT IN A VOLUNTARY HOSPITAL' (IN 'A,M,A, ARCH, GEN, PSYCHIAT,', 1959)
28)	KALLMANN,F,J,	'THE GENETIC THEORY OF SCHIZOPHRENIA: AN ANALYSIS OF 691 SCHIZOPHRENIC TWIN INDEX FAMILIES' (IN 'AM, JOURN, PSYCHIATRY' 103, S,309, 1946)
29)	KEUPP,H,	'PSYCHISCHE STOERUNGEN ALS ABWEICHENDES VERHALTEN' (URBAN + SCHWARZENBERG, MUENCHEN, 1972)
30)	KILIAN,H,	'KRITISCHE THEORIE DER MEDIZIN' (IN 'DAS ARGUMENT' 60, S,87)
31)	KLOOS, G,	'GRUNDRISS DER PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE' (RUDOLPH MUELLER + STEINICKE, MUENCHEN, 1962)
32)	KOCH,J,L,A,	'DIE PSYCHOPATHISCHEN MINDERWERTIGKEITEN' (MAIER, RAVENSBURG, 1891)
33)	KORNHAEUSER,A,	'MENTAL HEALTH OF THE INDUSTRIAL WORKER, A DETROIT STUDY' (JOHN WILEY + SONS, NEW YORK, 1965)
34)	LAING,R,D,	INTERVIEW MIT DER LONDONER NETWORK-GRUPPE (ZITIERT NACH BASAGLIA,F, UND BASAGLIA ONGARO,F,'DIE ABWEICHENDE MEHRHEIT'1972)
35)	LEISER,E,	'SIMULTANE VS, SEQUENTIELLE CLUSTERANALYSE' (IN 'BERICHT DER 15,JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GES, F, MED, DOK, U, STAT,', SCHATTAUER, STUTTGART, IM DRUCK)
36)	LEISER,E,	'SYS-EIN BENUTZERFREUNDLICHES SYSTEM ZUR LOGISCHEN PRUEFUNG UND AUSWERTUNG VON DATENBESTAENDEN' (IN 'METH, INFORM, MED,' 10, S,216, 1971)

LFD-N	AUTOR(EN)	TITEL (VERLAG, ORT /ZEITSCHRIFT BAND, S, FF/, JAHRGANG)
37)	LEISER,E,	'SYS-KONZEPT UND ANWENDUNGSMOEGLICHKEITEN EINES BENUTZERFREUNDLICHEN SYSTEMS' (IN 'METH, INFORM, MED,' 11, S,173, 1972)
38)	LEMERT,E,	'PARANOIA AND THE DYNAMICS OF EXCLUSION' (IN 'HUMAN DEVIANCE, SOCIAL PROBLEMS AND SOCIAL CONTROL', PRENTICE HALL INC, ENGLEWOOD CLIFFS, NEW JERSEY, 1967)
39)	LOMBROSO,C,	'DER VERBRECHER' (J,F,RICHTER VERLAG, HAMBURG, 1887)
40)	MEYER,J,E,	'DIE GESELLSCHAFT UND IHRE PSYCHISCH KRANKEN' (VANDENHOECK U, RUPRECHT, GOETTINGEN, 1968)
41)	MOEBIUS,P,J,	'UEBER ENTARTUNG' (J,F, BERMANN-VERLAG, WIESBADEN, 1900)
42)	MOORE,R,A, ET AL,	'SOCIAL CLASS, SCHIZOPHRENIA AND THE PSYCHIATRIST' (IN 'AM, JOURN, PSYCHIATRY' 120, S,149, 1963)
43)	MOSER,T,	'REPRESSIVE KRIMINALPSYCHIATRIE, VOM ELEND EINER WISSENSCHAFT, EINE STREITSCHRIFT' (SUHRKAMP VERLAG, FRANKFURT, 1971)
44)	MYERS,J,K, UND ROBERTS,B,H,	'FAMILY AND CLASS DYNAMICS IN MENTAL ILLNESS' (JOHN WILEY + SONS, NEW YORK, 1959)
45)	RUESCH,J,	'SOCIAL DISABILITY, THE PROBLEM OF MISFITS IN SOCIETY' (VORTRAG VOR DER 'WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH AND SOCIAL PSYCHIATRY' 1969 IN EDINBURGH)
46)	SCHNEIDER,K,	'DIE PSYCHOPATHISCHEN PERSOENLICHKEITEN' (FRANZ DEUTICKE, WIEN, 1950)
47)	SCHNEIDER,K,	'KLINISCHE PSYCHOPATHOLOGIE' (GEORG THIEME VERLAG, STUTTGART, 1962)
48)	SEIDEL,R,	'BEDINGUNGEN FUER DIE PRAEVENTION PSYCHISCHER STOERUNGEN' (IN 'DAS ARGUMENT' 71, S,14, 1972)

LFD-N	AUTOR(EN)	TITEL (VERLAG, ORT /ZEITSCHRIFT BAND, S, FF/, JAHRGANG)
49)	SROLE,L., LANGNER,T,S., MICHAEL,S,T, UND OPLER,M,K,	'MENTAL HEALTH IN THE METROPOLIS: THE MIDTOWN STUDY' (MC GRAW-HILL, NEW YORK, 1962)
50)	STANTON,A,H, UND SCHWARTZ,M,	'THE MENTAL HOSPITAL' (BASIC BOOKS INC.,, NEW YORK, 1954)
51)	SZASZ,T,	'THE MYTH OF MENTAL ILLNESS' (HARPES + ROW, NEW YORK, 1968)
52)	TOELLE,R,	'KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUR BIOGRAPHIE ABNORMER PERSOENLICHKEITEN' (MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIET DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE NR, 116, SPRINGER VERLAG, BERLIN, 1966)
53)	ULLMANN,L,P, UND KRASNER,L,	'A PSYCHOLOGICAL APPROACH TO ABNORMAL BEHAVIOR' (PRENTICE HALL, NEW JERSEY, 1969)
54)	VEER DE,A,	'SUCCESS AND FAILURE IN INDUSTRY:A PSYCHOMEDICAL STUDY' (ASSEN, THE NETHERLANDS, 1955)
55)	WALLER,H,	'ZUR SOZIALEN SELEKTION EINER PSYCHIATRISCHEN KLINIK' (IN 'SOZIALPSYCHIATRIE' HRSG, DOERNER,K, UND PLOG,U, LUCHTERHAND VERLAG, BERLIN, 1972)
56)	WULFF,E,	'GRUNDFRAGEN TRANSKULTURELLER PSYCHIATRIE' (IN 'DAS ARGUMENT' 50/3, S,227, 1969)
57)	WULFF,E,	'KRITISCHE SOZIALPSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK' (IN 'SOZIALPSYCHIATRIE' HRSG, DOERNER,K, UND PLOG,U,, LUCHTERHAND VERLAG, BERLIN, 1972)
58)	WULFF,E,	'PSYCHIATRISCHER BERICHT AUS VIETNAM' (IN 'PSYCHIATRIE UND KLASSENGESELLSCHAFT' (WULFF), ATHENAEUM-FISCHER, FRANKFURT, 1972)
59)	WULFF,E,	'PSYCHOPATHIE - SOZIOPATHIE?' (IN 'DAS ARGUMENT' 71, S,62, 1972)

PSYCHIATRISCHE UND NEUROLOGISCHE KLINIK DER UNIVERSITÄT FRANKFURT/MAIN

KERNDOKUMENTATION

0-4

11 1. Familienstand: ledig (1), verheiratet (2), geschieden (3), verwitwet (4), geschieden und wiederverheiratet (5), verwitwet und wiederverheiratet (6), getrennt lebend (7) ☐

11 2. Zahl der Kinder (lebende und schon verstorbene - bitte direkt eintragen): ☐☐

3. Aufnahme jetzt am: ☐☐☐☐☐☐

4. Erste Station (Aufnahmestation): ☐☐

12 5. Zahl der Aufnahmen hier: (einschließlich jetziger): ☐☐

6. Erste Aufnahme bei uns im Jahre: 19 ☐☐

12 7. Zahl aller früheren Aufnahmen aus nervenärztlicher Indikation (auch andere Kliniken!): ☐☐

13 8. Verantwortlicher erstbehandelnder Arzt, Dr.: Kennzahl: ☐☐☐

14 9. DIAGNOSEN: Nummern nach WHO-Schlüssel (8. Revision).
Bitte nur endgültige Diagnosen eintragen.

1. ☐☐☐☐☐

2. ☐☐☐☐☐

3. ☐☐☐☐☐

4. ☐☐☐☐☐

14 10. Sicherheit der Diagnosen: völlig sicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 völlig unsicher

15 11. SYNDROMDIAGNOSEN der jetzigen Krankheitsepisode (siehe besondere Liste):

1. ☐☐☐☐

2. ☐☐☐☐

3. ☐☐☐☐

4. ☐☐☐☐

5. ☐☐☐☐

6. ☐☐☐☐

12. Sequenz: Vor Aufnahme: 1, Reihenfolge während des stationären Aufenthaltes 2 - 6, bei simultanem Auftreten verschiedener Syndrome gleiche Ziffern eintragen (siehe Kommentar)

15 13. Art der Krankheit nach den beteiligten Störungsfeldern: rein psychiatrisch (1), überwiegend psychiatrisch (2), überwiegend neurologisch (3), rein neurologisch (4), sonstig somatisch (5), nicht krank (6) ☐

14. Beendigung des stationären Aufenthaltes am: ☐☐☐☐☐☐ Letzte Station: ☐☐

16 15. Modus: entlassen (1), verlegt (2), verstorben (3), entwichen (4) ☐

16. Verlegung nach: PKH Eichberg (1), PKH Giessen (2), PKH Goddelau (3), PKH Haina (4), PKH Hadamar (5), PKH Heppenheim (6), PKH Herborn (7), PKH Köppern (8), PKH Marburg (9), PKH Merxhausen (10), PKH Weilmünster (11), PKH außerhalb von Hessen (12), andere Neuropsychiatrische Klinik (13), Neurochirurgische Klinik (14), Chirurgische Klinik (15), Innere Klinik (16), Frauenklinik (17), HNO-Klinik (18), Augenklinik (19), Orthopädische Klinik (20), Strahlenklinik (21), andere Klinik (22), Sanatorium (23), Trinkerheilanstalt (24), Fürsorge- oder Erziehungsheim (25), Altersheim (26), Pflegeheim (27), Gefängniskrankenhaus (28), U-Haft (29), Strafhaft (30), Sicherungsverwahrung (31) ☐☐

17. Zustand bei Entlassung: geheilt (1), gebessert (2), ungebessert (3), verschlechtert (4), verstorben (5), Tod durch Suizid (6) ☐

18. Sektion erfolgt: nicht zutreffend, nicht verstorben (1), nein (2), ja, im Hause (3), ja, im Gerichtsmedizinischen Institut (4) ☐

19. Weiterbehandlung: nicht zutreffend, da verstorben (1), keine (2), ambulant (3), stationär (4), Pflegeheim (5), durch Hausarzt (6) ☐

17

AUFNAHME

20. Einweisung durch: prakt. Arzt (1), Nervenarzt (2), sonstige Fachärzte (3), andere Universitätsklinik in Ffm (4), sonstige Universitätskliniken (5), andere Klinik (6), PKH (7), eigene Poliklinik (8), sozialpsychiatrische Ambulanz (9), psychiatrische Studentenberatung (10), Privatsprechstunde (11), Gericht (12), Haftanstalt (13), anderer Einweisungsmodus oder ohne Einweisung (14) ☐☐

21. Aufnahmegrund: Diagnostik und Therapie (1), nur Therapie (2), Beobachtung (3), Gutachten - sozial (4), Gutachten - zivilrechtlich (5), Gutachten - strafrechtlich (6), Gutachten - verwaltungsrechtlich (7), Gutachten HFEG (8), soziale Indikation (9) ☐

22. Zwangseinweisung: nein (auch früher nicht) (1), früher (sicher) (2), früher (vermutlich) (3), jetzt (4), früher (sicher) und jetzt (5), früher (vermutlich) und jetzt (6) ☐

23. Suizidversuch bei Aufnahme: nein (1), ja (2), fraglich (3), Suiziddrohung (ohne Versuch) (4), suizidal ohne Versuch (5) ☐

24. Zahl früherer Suizidversuche (bitte direkt eintragen): ☐

25. Jetzt krank oder gröber auffällig seit: Tage: ☐☐ Monate: ☐☐ Jahre: ☐☐

26. Erste Manifestation: vermutlich 19☐☐ sicher 19☐☐

17

18

EIGENANAMNESE - SOZIALES

27. Wohnort: Großstadt (1), Mittelstadt (2), Kleinstadt (3), Dorf (4), ohne festen Wohnsitz (5) ☐

28. Einkommens- und Vermögensverhältnisse (nach Abzug der Steuern): kein eigenes Einkommen (1), bis DM 400,-- (2), bis DM 600,-- (3), bis DM 800,-- (4), bis DM 1.000,-- (5), bis DM 1.500,-- (6), bis DM 2.000,-- (7), bis DM 2.500,-- (8), über DM 2.500,-- (9) ☐

29. Bildungsweg: kein Schulbesuch (1), Sonderschule (2), Volksschule mit Wiederholung (3), Volksschule glatt (4), Mittelschule ohne Abschluß (5), Mittelschule mit Abschluß (6), Oberschule, Gymnasium ohne Abschluß (7), Oberschule, Gymnasium mit Abschluß (8), Fachschule ohne Abschluß (9), Fachschule mit Abschluß (10), Hochschule, Akademie, Universität ohne Abschluß (11), Hochschule, Akademie, Universität mit Abschluß (12), andere (13) ☐☐

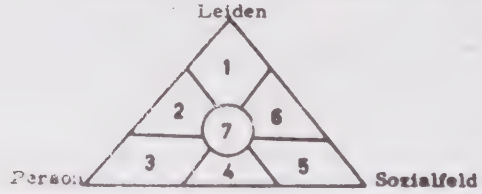
30. Jetziger Status: Schulausbildung, Studium (1), in Berufsausbildung (2), im Berufsleben (3), Rentner (4), berufstätige Hausfrau (5), nur Hausfrau (6), im Wehrdienst (7), arbeitslos (8), ohne Beschäftigung (9), Prostituierte (10) ☐☐

31. Letzte berufliche Tätigkeit: Arbeiter (1), Angestellter (2), Beamter (3), Freiberuflicher, Selbständiger (4), noch in Ausbildung (5), Soldat (6), nie einer Tätigkeit nachgegangen (7) ☐

32. Konflikte und Schwierigkeiten: keine 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr erhebliche

Bereich (bitte Zutreffendes ankreuzen): Wohnung und Nachbarschaft ( ), Arbeitsplatz ( ), Familie ( ), Liebe ( ), Ehe ( ), finanziell ( ), weltanschaulich-religiös ( ), weltanschaulich-politisch ( ), Kriminalität ( ) ☐

Konflikte und Schwierigkeiten bedingt durch:



☐

33. Die subjektive Anamnese in Bezug auf die Krankheit ist: sehr gut (1), gut (2), genügend (3), schlecht (4), im ganzen unglaubwürdig (5), unbrauchbar, fehlt (6) ☐

34. Die objektive Anamnese ist: sehr gut (1), gut (2), genügend (3), schlecht (4), im ganzen unglaubwürdig (5), unbrauchbar, fehlt (6) ☐

18

18

PERSÖNLICHKEIT (vor Krankheitsbeginn)

35. **Belastbarkeit:**	körperlich: sehr groß	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gering
	seelisch: sehr groß	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gering
36. **Antrieb:**	allgemeiner Aktivitätsdrang	1 - 2 - 3 - 4 - 5	schwunglos, lahm
	kontrolliert, diszipliniert, gesteuert	1 - 2 - 3 - 4 - 5	impulsiv, ungesteuert, unkontrolliert
37. **Zwischenmenschliche Beziehungen**	Geselligkeitsbedürfnis: sehr groß	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gering, selbstgenügsam
	Kontaktfähigkeit: sehr groß	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gering
	Selbstsicherheit: sehr groß	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gering
	Sexuelle Bedürfnisse: sehr stark	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr schwach
38. **Affektivität:**	Stimmung spontan sehr stabil, ausgeglichen, gemütsruhig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Stimmung spontan sehr labil, nervös
	friedfertig, tolerant	1 - 2 - 3 - 4 - 5	intolerant, aggressiv
	ängstlich: überhaupt nicht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr leicht (Angstbereitschaft)
	empfindlich, sensitiv	1 - 2 - 3 - 4 - 5	unempfindlich
	Grundstimmung: heiter	1 - 2 - 3 - 4 - 5	depressiv

39. Besondere psychopathische Züge:

nicht abnorm: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr stark abnorm

bitte Zutreffendes ankreuzen:
hyperthym ( ), anankastisch ( ), querulatorisch ( ), hysterisch ( ), hypochondrisch ( ), Kriminalität ( ), sexuelle Abnormitäten ( ), sonstige dissoziale Verhaltensweisen ( )

19

20

40. Umgang mit Medikamenten:	stark ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	süchtig
41. Umgang mit Alkohol im letzten Jahr:	Abstinenzler	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Trinker
42. Umgang mit Nikotin im letzten Jahr:	Nichtraucher	1 - 2 - 3 - 4 - 5	starker Raucher
43. Neigung zu sozialer Verwahrlosung:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
44. Konstitution:	sehr fett	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr mager
	sehr muskelstark	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr muskelschwach
	fast immer gesund	1 - 2 - 3 - 4 - 5	krankheitsanfällig
	arterielle Hypotonie	1 - 2 - 3 - 4 - 5	arterielle Hypertonie
45. Vegetativum:	"Gefäßlabilität": sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
	Somatische Affektresonanz: sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark

20

21

HILFSBEDÜRFTIGKEIT, MASSNAHMEN, PROGNOSE

46. **Pflegefall:** nein (1), ja (2) ☐

47. **Hilfsbedürftig** in der **Klinik** maximal: nein (1), leicht (2), mittel (3), sehr (4), muß voll gepflegt werden (5) ☐

48. **Hilfsbedürftig** voraussichtlich nach **Entlassung**: nein (1), leicht (2), mittel (3), sehr (4), allein nicht existenzfähig (5), verstorben (6) ☐

49. **Pflegschaft:** nein (auch früher nicht) (1), früher (sicher) (2), früher (vermutlich) (3), jetzt (4), früher (sicher) und jetzt (5), früher (vermutlich) und jetzt (6) ☐

50. **Entmündigung:** nein (auch früher nicht) (1), früher (sicher) (2), früher (vermutlich) (3), jetzt (4), früher (sicher) und jetzt (5), früher (vermutlich) und jetzt (6) ☐

51. **Berufliche Prognose:** Aufstieg (1), unverändert (2), Berufswechsel ohne Abstieg (3), Berufswechsel mit Abstieg (4), berufs-, erwerbsunfähig (5), verstorben (6) ☐

52. **Invalidisierung:** nein (1), beantragt (2), ja (3) ☐

Wenn ja, seit: 19 ☐☐

Invalidisierungsursache: oben genanntes Hauptleiden (1), oben genanntes Nebenleiden (2), Berufsunfall (3), Berufskrankheit (4), Wehrdienstbeschädigung (5), sonstige Unfälle (6) ☐

21

22

KOMPLIKATIONEN

53. Interkurrente Erkrankungen/Unfälle: nein (1), ja (2)

Wenn ja:		
	Allgemeiner Infekt:	2 - 3 - 4 - 5
	Lunge:	2 - 3 - 4 - 5
	Urogenitaltrakt:	2 - 3 - 4 - 5
	Magen-Darm:	2 - 3 - 4 - 5
	sonst. lokale Infekte:	2 - 3 - 4 - 5
	Prellung, Fraktur:	2 - 3 - 4 - 5

Bedeutung der Ziffern:
2 fraglich
3 leicht
4 mittel
5 schwer

54. Nebenwirkungen unter Therapie und Diagnostik: nein (1), fraglich (2), ja: flüchtig (3), episodisch (4), bleibend (5), tödlich (6)

55. Entlassung gegen Revers: nein (auch früher nicht) (1), früher (sicher) (2), früher (vermutlich) (3), jetzt (4), früher (sicher) und jetzt (5), früher (vermutlich) und jetzt (6)

22

23

STÖRUNGSFELD

56. Psyche:	1 - 2 - 3 - 4 - 5
57. Zentralnervensystem:	1 - 2 - 3 - 4 - 5
58. Peripheres Nervensystem:	1 - 2 - 3 - 4 - 5
59. Neuromuskulär:	1 - 2 - 3 - 4 - 5
60. Vegetativ:	1 - 2 - 3 - 4 - 5
61. Sonstig somatisch:	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Bedeutung der Ziffern
1 sicher nicht
2 fraglich
3 leicht
4 mittel
5 schwer

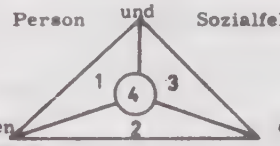
23

24

URSACHEN, wenn Störungsfeld Psyche

56.11 Überlastung, somatisch / psychisch	1 - 2 - 3 - 4 - 5
56.12 Konflikte:	1 - 2 - 3 - 4 - 5
56.13 Primärpersönlichkeit:	1 - 2 - 3 - 4 - 5
56.14 Exogen (hirnorganisch):	1 - 2 - 3 - 4 - 5
56.15 Endogen:	1 - 2 - 3 - 4 - 5

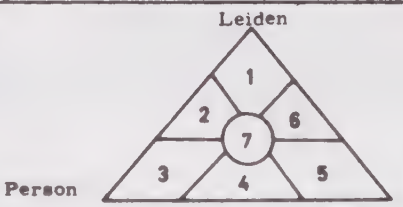
56.1
Schwerpunkt der noch offenen Differentialdiagnose
(Bitte die zutreffende Ziffer eintragen):



56.151
Differentialdiagnose Prozeß - Phase (wenn Ursache endogen oder fraglich endogen). Bei den Positionen 3, 6 und 7 Oberarzt fragen:

endogener Defekt schwer oder mittel (1), leicht (2), fraglich, DD (3), wahrscheinlich zu erwarten (4), möglich (5), nicht zu entscheiden (6), phasischer Verlauf möglich, DD (7), wahrscheinlich (8), erwiesen (9)

62. Schwerpunkt des Gesamtleidens, das zur Aufnahme führte (bitte die zutreffende Ziffer eintragen):



24

25 63. Zusatzbogen ausgefüllt: nein (1), ja (2), welche? _____

26 64. Verantwortlicher Entlassungsarzt, Dr.: Kennzahl:

27 65. Verantwortlicher Oberarzt (Entlassung), Dr.: Kennzahl:

BEMERKUNGEN (Bitte auch Rückseite benutzen)

F NR	ME NR	BEZEICHNUNG
1)	4740	IDENTIFIKATIONSZAHL
2)	10170	KRANKENBLATTNUMMER FALLNUMMER
3)	10120	AUFNAHMEJAHRGANG
4)	1060	GESCHLECHT
5)	1090	GEBURTSTAG
6)	1110	GEBURTSMONAT
7)	1130	GEBURTSJAHR
8)	1150	FAMILIENSTAND (AUS AUFNAHMEZETTEL)
9)	1160	KONFESSION (AUS AUFNAHMEZETTEL)
10)	1170	STAATSANGEHOERIGKEIT
11)	1180	POSTLEITZAHL DES PATIENTENWOHNORTES
12)	1360	VIERTLETZTES VERLEGUNGSDATUM TAG
13)	1380	VIERTLETZTES VERLEGUNGSDATUM MONAT
14)	1400	VIERTLETZTES VERLEGUNGSDATUM JAHR
15)	1420	VIERTLETZTES VERLEGUNGSDATUM STATION
16)	1440	DRITTLETZTES VERLEGUNGSDATUM TAG
17)	1460	DRITTLETZTES VERLEGUNGSDATUM MONAT
18)	1480	DRITTLETZTES VERLEGUNGSDATUM JAHR
19)	1500	DRITTLETZTES VERLEGUNGSDATUM STATION
20)	1520	ZWEITLETZTES VERLEGUNGSDATUM TAG
21)	1540	ZWEITLETZTES VERLEGUNGSDATUM MONAT
22)	1560	ZWEITLETZTES VERLEGUNGSDATUM JAHR
23)	1580	ZWEITLETZTES VERLEGUNGSDATUM STATION
24)	1600	LETZTES VERLEGUNGSDATUM TAG
25)	1620	LETZTES VERLEGUNGSDATUM MONAT
26)	1640	LETZTES VERLEGUNGSDATUM JAHR
27)	1660	LETZTES VERLEGUNGSDATUM STATION
28)	1	FAMILIENSTAND (ERHOBEN)
29)	2	ZAHL DER KINDER
30)	301	AUFNAHMETAG
31)	302	AUFNAHMEMONAT

32)	303	AUFNAHMEJAHR
33)	4	AUFNAHMESTATION
34)	5	AUFNAHMEN HIER EINSCHLIESSLICH JETZT
35)	6	ERSTE AUFNAHME HIER IM JAHRE
36)	7	ZAHL FRUECHERER AUFNAHMEN NERVENARZTLICH
37)	801	AUFNAHMEARZT
38)	8	VERANTWORTLICHER AUFNAHMEARZT
39)	901	1. DIAGNOSE
40)	9011	1. DIAGNOSE OBERBEGRIFF (ERSTE 3 STELLEN)
41)	911	SICHERHEIT DER 1. DIAGNOSE
42)	902	2. DIAGNOSE
43)	9021	2. DIAGNOSE OBERBEGRIFF (ERSTE 3 STELLEN)
44)	921	SICHERHEIT DER 2. DIAGNOSE
45)	903	3. DIAGNOSE
46)	9031	3. DIAGNOSE OBERBEGRIFF (ERSTE 3 STELLEN)
47)	931	SICHERHEIT DER 3. DIAGNOSE
48)	904	4. DIAGNOSE
49)	9041	4. DIAGNOSE OBERBEGRIFF (ERSTE 3 STELLEN)
50)	941	SICHERHEIT DER 4. DIAGNOSE
51)	1101	1. SYNDROMDIAGNOSE
52)	1121	SEQUENZ DER 1. SYNDROMDIAGNOSE
53)	1102	2. SYNDROMDIAGNOSE
54)	1121	SEQUENZ DER 2. SYNDROMDIAGNOSE
55)	1103	3. SYNDROMDIAGNOSE
56)	1131	SEQUENZ DER 3. SYNDROMDIAGNOSE
57)	1104	4. SYNDROMDIAGNOSE
58)	1141	SEQUENZ DER 4. SYNDROMDIAGNOSE
59)	1105	5. SYNDROMDIAGNOSE
60)	1151	SEQUENZ DER 5. SYNDROMDIAGNOSE
61)	1106	6. SYNDROMDIAGNOSE
62)	1161	SEQUENZ DER 6. SYNDROMDIAGNOSE
63)	13	ART DER KRANKHEIT NACH STOERUNGSFELDERN

64) 1401 ENTLASSUNGSTAG

65) 1402 ENTLASSUNGSMONAT

66) 1403 ENTLASSUNGSJAHR

67) 15 ENTLASSUNGSMODUS

68) 16 VERLEGUNG NACH

69) 17 ZUSTAND BEI ENTLASSUNG

70) 18 SEKTION

71) 19 WEITERBEHANDLUNG

72) 20 EINWEISUNG

73) 21 AUFNAHMEGRUND

74) 22 ZWANGSEINWEISUNG

75) 23 SUIZIDVERSUCH

76) 24 ZAHL FRUEHERER SUIZIDVERSUCHE

77) 2501 JETZT AUFFAELLIG SEIT TAG

78) 2502 JETZT AUFFAELLIG SEIT MONAT

79) 2503 JETZT AUFFAELLIG SEIT JAHR

80) 2601 ERSTE MANIFESTATION VERMUTLICH JAHR

81) 2602 ERSTE MANIFESTATION SICHER JAHR

82) 27 WOHNORTGROESSE

83) 28 EINKOMMENS- UND VERMOEGENSVERHAELTNISSE

84) 29 BILDUNGSWEG

85) 30 BILDUNGSSTATUS

86) 31 LETZTE BERUFSTAETIGKEIT

87) 32 KONFLIKTE

88) 3201 KONFLIKTE WOHNUNG UND NACHBARSCHAFT

89) 3202 KONFLIKTE ARBEITSPLATZ

90) 3203 KONFLIKTE FAMILIE

91) 3204 KONFLIKTE LIEBE

92) 3205 KONFLIKTE EHE

93) 3206 KONFLIKTE FINANZEN

94) 3207 KONFLIKTE RELIGION

95) 3208 KONFLIKTE POLITIK

96) 32u9 KONFLIKTE KRIMINALITAET

97) 32u10 KONFLIKTURSACHE

98) 33 ANAMNESEVALIDITAET SUBJEKTIV

99) 34 ANAMNESEVALIDITAET OBJEKTIV

100) 35u1 BELASTBARKEIT KOERPERLICH

101) 35u2 BELASTBARKEIT SEELISCH

102) 36u1 AKTIVITAETSDRANG

103) 36u2 ANTRIEB

104) 37u1 GESELLIGKEITSBEDUERFNIS

105) 37u2 KONTAKTFAEHIGKEIT

106) 37u3 SELBSTSICHERHEIT

107) 37u4 SEXUELLE BEDUERFNISSE

108) 38u1 SPONTANSTIMMUNG

109) 38u2 AGGRESSIVITAET

110) 38u3 AENGSTLICHKEIT

111) 38u4 EMPFINDLICHKEIT

112) 38u5 GRUNDSTIMMUNG

113) 39 PSYCHOPATHISCHE ZUEGE

114) 39u1 HYPERTHYM

115) 39u2 ANANKASTISCH

116) 39u3 QUERULATORISCH

117) 39u4 HYSTERISCH

118) 39u5 HYPOCHONDRISCH

119) 39u6 KRIMINELL

120) 39u7 SEXUELL ABNORM

121) 39u8 DISSOZIALES VERHALTEN

122) 40 MEDIKAMENTENUMGANG

123) 41 ALKOHOLUMGANG

124) 42 NIKOTINUMGANG

125) 43 SOZIALE VERWAHRLOSUNG

126) 44u1 KONSTITUTION FETT

127) 44u2 KONSTITUTION MUSKELSTARK

128) 4403 GESUNDHEIT

129) 4404 ARTERIELLER TONUS

130) 4501 GEFAESSLABILITAET

131) 4502 SOMATISCHE AFFEKTRESONANZ

132) 46 PFLEGEFALL

133) 47 HILFSBEDUERFTIGKEIT KLINIK

134) 48 HILFSBEDUERFTIGKEIT NACH ENTLASSUNG

135) 49 PFLEGSCHAFT

136) 50 ENTMUENDIGUNG

137) 51 BERUFSPROGNOSE

138) 5201 INVALIDISIERUNG

139) 5202 INVALIDISIERUNG SEIT

140) 5203 INVALIDISIERUNGSURSACHE

141) 53 ERKRANKUNGEN - UNFAELLE

142) 5301 ALLGEMEINER INFEKT

143) 5302 LUNGE

144) 5303 UROGENITALTRAKT

145) 5304 MAGEN - DARM

146) 5305 LOKALE INFEKTE

147) 5306 PRELLUNG - FRAKTUR

148) 54 NEBENWIRKUNGEN THERAPIE

149) 55 REVERS-ENTLASSUNG

150) 56 STOERUNGSFELD PSYCHE

151) 5611 URSACHE PSYCHE: UEBERLASTUNG

152) 5612 URSACHE PSYCHE: KONFLIKTE

153) 5613 URSACHE PSYCHE: PRIMAERPERSOENLICHKEIT

154) 5614 URSACHE PSYCHE: EXOGEN-HIRNORGANISCH

155) 5615 URSACHE PSYCHE: ENDOGEN

156) 5601 SCHWERPUNKT DIFFERENTIALDIAGNOSE

157) 56151 DIFFERENTIALDIAGNOSE PROZESS - PHASE

158) 57 STOERUNGSFELD ZNS

159) 58 STOERUNGSFELD PNS

160) 59 STOERUNGSFELD NEUROMUSKULAER

161) 60 STOERUNGSFELD VEGETATIV

162) 61 STOERUNGSFELD SOMATISCH SONSTIG

163) 62 SCHWERPUNKT DES GESAMTLEIDENS

164) 63 ZUSATZERHEBUNG

165) 6401 ENTLASSUNGSARZT

166) 64 VERANTWORTLICHER ENTLASSUNGSARZT

167) 65 VERANTWORTLICHER OBERARZT

168) 66 BERECHNETES MERKMAL 1

169) 67 BERECHNETES MERKMAL 2

170) 68 BERECHNETES MERKMAL 3

171) 69 BERECHNETES MERKMAL 4

172) 70 BERECHNETES MERKMAL 5

173) 71 BERECHNETES MERKMAL 6

174) 72 BERECHNETES MERKMAL 7

175) 73 BERECHNETES MERKMAL 8

176) 74 BERECHNETES MERKMAL 9

177) 75 BERECHNETES MERKMAL 10